様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日作成

年　　月　　日変更

医療情報用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | | | | | 生年月日 | | | | 性　別 | | | 血液型 |
|  | | | | | | 年　　月　　日 | | | | 男・女 | | | 型  （RH ＋・－） |
| 電話番号 | | | | | | 住　　所 | | | | | | | |
|  | | | | | | 浦添市 | | | | | | | |
| 健康保険証 | | | | | | 記号 　　 番号 | | | | | | | |
|  | | かかりつけ医療機関① | | | | | | かかりつけ医療機関② | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 診療科及び担当医 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | |  | | | | | |
| 緊急連絡先氏名 | | | | 続柄 | | | 電話番号 | 住 所 | | | | | |
| (1) | | | |  | | |  |  | | | | | |
| (2) | | | |  | | |  |  | | | | | |
| 服薬内容 | | | | | | | | 持病や既往歴など | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| その他  救急隊員への伝言など | | |  | | | | | | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業 | | | | | | 所在地 | | | | | | 電話番号 | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | |
| 同意欄 | 本紙に記載している内容や同封の書類情報等を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人氏名 | | | |  | | | | 代筆者氏名 | | 続柄（ ） | | |

※医療情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。

住所は、アパート名、部屋番号までご記入ください。

服薬内容は、薬剤情報提供書やおくすり手帳の写し、薬袋などを同封しても構いません。