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。