

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。