

(別記様式1)

救 急 情 報

年 月 日 記載

習志野市消防長あて

私は、容器の中の情報を、救急時に救急隊、消防隊及び搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

1. 対象者

住 所	習志野市		
電 話		携 帯	
氏 名	フリガナ		生 年 月 日
			年 月 日
世帯の状況	1. 独居 ・ 日中独居	3. 障がい者のいる世帯	
	2. 高齢者夫婦世帯	4. 介護保険2号被保険者	
身体の状況 持 病	血液型【 】 (必要な医療サービス、等)		
服 薬 内 容			

2. 緊急時の連絡先

氏 名	続 柄	電 話	同居有無	住 所

3. かかりつけ医療機関

	I	II
名 称		
科目・担当医		
所 在 地		
電 話 番 号		

4. 指定居宅介護支援事業者

事 業 者 名			
電 話		FAX	
所 在 地			

※注意: 記入には、油性ボールペン、油性サインペンなどを使用してください。

記入の仕方、注意事項

《対象者欄について》

- 住 所 : マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。
- 氏 名 : 救急隊員等に読み方がわかるよう、フリガナをご記入ください。
- 生 年 月 日 : 該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- 世 帯 の 状 況 : 該当する状況を○で囲んでください。
- 血 液 型 : お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」とご記入ください。
- 身 体 の 状 況
持 病 : 持病、既往歴を記入してください。
- 服 薬 内 容 : 薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

《緊急時連絡先について》

- 3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- 緊急連絡先氏名 : 御家族以外の方でも構いません。
- 電 話 : 日中と夜間つながる番号をご記入ください。

《かかりつけ医療機関について》

- かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違いのないよう記入してください。
- 医療機関名は、2箇所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

《指定居宅介護支援事業者について》

- 指定居宅介護支援事業者がある場合は、記載してください。

《注意事項》

- ・ 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
- ・ 救急車を呼んだときに、かかりつけ医療機関に搬送できない場合があります。
- ・ 冷蔵庫に医療キットのステッカーが貼ってある場合は、救急隊が本人、家族及び同居人の同意を得ないで冷蔵庫を開ける場合があります。
- ・ 容器の中に現金、貴重品などを絶対に入れないでください。
- ・ 登録取消しを希望するとき、また転居、死亡したときは下記問合せ先に連絡してください。

《問合せ先》

習志野市消防本部 警防課 047-452-1283

医療機関へのお願い(重要)

治療が終了したら、このキットを患者さんに返却をお願いします。