

( 万が一の緊急事態に備え、救急隊員が迅速に対応できるよう  
このページを切り取って、冷蔵庫に貼っておきましょう。  
また、年に一度は内容の見直しをしましょう。 )

年 月 日記入  
年 月 日変更  
年 月 日変更

## 救急情報用紙

### 1 対象者

ふりがな		性別	血液型
氏 名		男・女	A B O AB Rh ( )・不明
生年月日	(明・大・昭)	年	月 日
住 所	福井市	電話 番号	

### 2 緊急時の連絡先

氏 名	続柄	電話番号	住 所

### 3 かかりつけ医療機関

名 称	科目・担当医	電話番号	服薬の有無
			有・無
			有・無
			有・無
	歯科		有・無
病名	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 その他 [ ]		
アレルギーの有無	有 ( ) ・ 無 ・ 不明		
ペースメーカー	有 ・ 無 ・ 不明		

### 4 福祉関係者等

福祉関係職種名	連絡先
地域包括支援センター (ほやねっと) 明 倫・あたご・中央北・不死鳥・あずま・大 東・九頭竜 北 ・みなみ・ 社 ・ 光 ・川 西・東足羽	
ケアマネジャー (介護支援専門員)	
民生委員	

- ・ この救急情報は救急班が救助活動に必要と判断した場合に活用されます。
- ・ 救急隊が搬送先の病院を決めるにあたり、ご本人の状態によっては「かかりつけ医療機関」に搬送できない場合があります。