

# 救急医療情報シート

※記入は鉛筆でお願いします。

年 月 日作成

氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
住所	墨田区		
電話	(自宅)	(携帯電話)	

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目 担当医師	科 医師	科 医師
所在地 電話番号	電話 ( )-	電話 ( )-
その他の 連絡先	訪問看護 名称・担当者	電話 ( )-
	ケアマネジャー 名称・担当者	電話 ( )-
アレルギー	あり( ) ・ なし	
現在服用している薬		
※薬剤情報提供書 あり(別紙のとおり) ・ なし		
手帳をお持ちの方は、以下の□に✓を入れてください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		
医師や救急隊に知ってほしいこと (例)人工透析(血液透析)週2回、ペースメーカー使用など		
<p>★搬送後の対応について(伝えたいことがある方は □に✓を入れるか、希望することを記入してください)</p> <input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する <input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい <input type="checkbox"/> その他( ) <p>※「★搬送後の対応について」は、ご家族と相談の上、記入してください</p>		

緊急連絡先			
氏名	続柄・関係	住所	電話
①			
②			
③			

この中に入っている救急情報を、必要時救急医療に活用することに同意します	
本人氏名	

※医療機関のみなさまへ

墨田区では、現在救急医療情報シートの活用状況について集計を行っております。

つきましては、こちらの救急医療情報シートを受け取った場合は、下記の担当までご連絡ください。

墨田区保健計画課健康推進担当    電話:03-5608-1305