

救急医療情報シート

※記入は鉛筆でお願いします。(何度でも書き直しができます) 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 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 愛の手帳 ☐ 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		
★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) ☐ できるだけ救命、延命をしてほしい ☐ 苦痛をやわらげる処置なら希望する ☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい ☐ その他 () ※「★搬送後の対応について」は、<u>親族や関係者と相談の上</u>、記入してください		

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	
本人署名	

※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 電話：03-5608-1305