

救急医療情報シート

(立命館大学との防災調査研究協定の
有効期限は 2011 年 6 月末まで)

平成 年 月 日作成

◎基本項目について記入してください

氏名		性別	血液型	生年 月日	明治	年	月	日
		男・女			大正			
住所	(電話番号)							

◎治療中の病気や病歴(既往歴)、受診している医療機関、アレルギーの有無等について記入してください

病名	医療機関・担当医師名	現在の状況(○をつけてください)
	(電話番号)	治療中 経過観察中 治療済
	(電話番号)	治療中 経過観察中 治療済
	(電話番号)	治療中 経過治療中 治療済
アレルギー	あり() なし	

◎現在服用中の薬があれば記入してください

① 薬剤情報提供書	あり(別紙のとおり)	・ なし
② その他	()	

◎緊急連絡先について記入してください

氏名	続柄	住所
①		(電話番号)
②		(電話番号)
③		(電話番号)

◎備考(医師や救急隊に知っておいてほしいことを記入してください)

--

