

救急医療情報シート

この救急医療情報シートに記載された情報が、救急隊及び搬送先の医療機関に活用されることに同意します。

【あなたの情報】

氏名 (ふりがな)		性別
① ()		男 ・ 女
生年月日	電話番号	
年 月 日		
住所		
つくばみらい市		
※視覚と聴覚について、あてはまるものに○をつけてください。		
視覚障害	難聴	

【緊急連絡先 (ご家族などの連絡先)】

優先順位	氏名	続柄	同居	住所 (同居の場合は記入不要)	電話番号
			有・無		

【指定居宅介護支援事業者】

事業者の名称	ケアマネジャー	事業所の所在地	電話番号

【かかりつけの医療機関、歯科医院に関する情報】

医療機関の名称	診察券番号	診療科目・担当医	電話番号

裏面もご覧ください

