

救急情報 (自分のこと)

ふりがな		血液型	
氏名		型 Rh()・不明	
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男・女
住所	栃木市	電話	
健康保険	国保 ・ 後期高齢者 ・ 社保 ・ 共済 ・ その他()		

医療情報 (病院やお薬のこと)

かかりつけ病院名	①	②
科目・担当医		
電話		
かかっている病気		
飲んでいるお薬等		
特記事項 (アレルギー、今までの大きな病気・手術など)		

緊急連絡先 (ご家族のこと)

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

居宅支援(介護予防支援)事業所など

介護保険の利用	なし ・ あり (利用サービス :)		
担当ケアマネジャー	氏名	事業所	電話

救急隊員への伝言・その他

※ 記入方法は裏面を参照ください。

記入の仕方、注意事項

《救急情報（自分のこと）について》

- 生年月日 : 年については西暦、または該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
血液型 : お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。
住所 : 現在お住まいのご住所・電話番号をご記入ください。

《医療情報（病院やお薬のこと）について》

- かかりつけ病院名は、正確に間違いのないよう記入してください。
かかりつけ病院名は、2ヶ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してください。
かかっている病気・
飲んでいるお薬等 : 薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。
特記事項 : 特定の病院でしか対応できない特殊な疾患がある場合など、病院との決めごとを記入してください。

《緊急連絡先（ご家族のこと）について》

- 3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
緊急連絡先氏名 : ご家族以外の方でも構いません。
連絡先 : 日中と夜間の連絡電話番号をご記入ください。

《居宅支援（介護予防サービス）事業所などについて》

- 介護保険の利用などケアマネジャーに確認し、電話番号と担当者も必ずご記入ください。

《救急隊員への伝言・その他欄について》（記入例）

- ・救急隊員に注意して欲しいこと（搬送時など）
- ・緊急連絡先について補足事項（夜間に電話をかけられるのは誰か、など）
- ・その他緊急時に役立つと思われること

救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、ご本人の状態によっては救急医療情報キットに記載された「かかりつけ病院」に搬送されない場合があります。

《医療機関へのお願い》

- 医療情報カプセルは、本人又はご家族等に返却をお願いします。
支援事業者欄は、退院等にとまなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。

※ 救急情報に変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。

（変更した日付を右上の欄に記入してください。）

お問い合わせ	本庁地域包括ケア推進課		
	地域包括ケア推進担当	☎ 21-2244	（市役所本庁舎2階）
	大平地域包括支援センター	☎ 43-9226	（大平総合支所内）
	藤岡地域包括支援センター	☎ 62-0911	（藤岡総合支所内）
	都賀地域包括支援センター	☎ 28-0772	（都賀総合支所内）
	西方地域包括支援センター	☎ 92-0032	（西方総合支所内）
	岩舟地域包括支援センター	☎ 55-7782	（岩舟総合支所内）