

救急情報カード

作成日	年	月	日
更新日	年	月	日

下記の内容を、救急隊や医療機関、行政関係者等が活用することに同意の上、ご記入ください。

↑現在飲んでいる薬など、常に新しい情報に更新しましょう。

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 西暦	
					年	月
住所	〒市川町			電話番号	(自宅)	血液型
					(携帯)	
緊急連絡先	氏名 (連絡のつきやすい順で)		続柄	電話番号		住所
	1			(自宅) (携帯)		
	2			(自宅) (携帯)		
	3			(自宅) (携帯)		
現在治療中の病気	病名	飲んでいる薬 ※お薬手帳・説明書のコピーでも可		医療機関名		電話番号
アレルギーの有無		なし ・ あり (原因:)				
ケアマネジャーなど ※なければ記入不要		(事業所名) (電話番号)		(担当者)		
訪問看護ステーション ※なければ記入不要		(事業所名) (電話番号)		(担当者)		
特記事項	《 今までの病気や治療など救急隊に伝えたいこと 》(裏面にも書けます)					
裏面に貼り付けてください。				- ご本人と確認できる写真 - 健康保険証 (または資格確認書、資格情報のお知らせ) の写し - 診察券の写し ※なければ不要 - お薬手帳の写し ※なければ不要		

添付書類を貼ってください

- ・ ご本人と確認できる写真
- ・ 健康保険証（または資格確認書、資格情報のお知らせ）の写し
- ・ 診察券の写し ※なければ不要
- ・ お薬手帳の写し ※なければ不要

特記事項追加欄

《表面の特記事項の続きをお書きください》

- ・ 「救急情報カード」は、緊急時や災害時に、救急隊員や行政、自主防災組織、搬送先医療機関、その他駆けつけた人などが開封し活用します。
- ・ 救急活動時に、救急隊員が必要でないと判断した場合や搬送に急を要するときは救急カプセルを活用しない場合があります。
- ・ 「救急カプセル」は、個人の責任において保管してください。
- ・ シールが貼られている場合は、ご本人及び家族や同居の方の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて救急カプセルを取り出すことがあります。
- ・ 搬送先の医療機関を決めるにあたり、ご本人の状態やかかりつけ医療機関の受入体制等の理由により、本カードに記載された医療機関に搬送されない場合があります。また、「特記事項」にご要望等を記載された場合にも、必ずしもその記載内容どおりに実行できない場合もありますのでご了承ください。