

# 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。

## 【あなたとご家族などの情報】

氏名 (ふりがな)		性別	血液型
Ⓜ ( )		男 ・ 女	型
生年月日		電話番号	
明・大・昭・平	年 月 日		
住 所			
同居のご家族などの連絡先			
氏名 (ふりがな)	続柄	電話番号	
( )			
( )			
( )			
( )			
( )			

## 【緊急連絡先】

氏名	続柄	住 所	電話番号

## 【指定居宅介護支援事業者】

事業者の名称	事業所の所在地	電話番号

裏面もご覧ください

