

記入日		救急情報シート			高齡・障がい・難病	
〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日						
私は、救急・緊急時に本用紙に記載している個人情報や同封書類情報を、救急隊と搬送先の医療機関及び支援者に提供し、救急時及び緊急時の支援活動に活用することに同意します。						
記入者署名 氏名 狛江 太郎						
氏名	フリガナ コマエ タロウ	血液型	O 型	生年月日	M・T・ <b>S</b> ・H・R	
	狛江 太郎				△△年 △△月 △△日	
住所	〒201-〇×△〇	<input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居者有り { }	電話	自宅		
	東京都狛江市〇〇 0-00-00			〇〇-××××-△△△△ 携帯 〇〇〇-××××-△△△△		
緊急連絡先	氏名	住所(都道府県・市区町村)	電話番号	続柄		
	狛江 花子	東京都狛江市	03-0000-1111	長女		
	狛江 次郎	東京都狛江市	080-1111-2222	弟		
	狛江 一郎	東京都狛江市	03-3333-1111	長男		
	狛江 三郎	東京都狛江市	090-7777-8888	次男		
医療情報		医療機関①		医療機関②		
かかりつけ医療機関		〇〇病院		△△病院		
診療科・担当医		〇〇科		△△科		
診断名・既往歴・アレルギー等		糖尿病・高血圧				
配慮が必要なこと						
支援者(ケアマネ等)		事業所名 狛江居宅		電話番号 03-〇〇〇〇-××××		
延命希望	<input checked="" type="checkbox"/> 延命処置を希望する <input type="checkbox"/> 延命処置を希望しない <input type="checkbox"/> 今は決められない					
	※ご家族やかかりつけ医とよく話し合いをしてご記入ください。状況によってはご意向に添えない場合もあります。 記載日 〇〇〇〇 年 〇〇月 〇〇日					

- 健康保険証の写し、写真(本人が確認できるもの)、診察券の写し等も一緒にいれてください。
- この情報は、救急隊や医療機関等へ提供されます。
- 救急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。
- 自宅の鍵(※)、薬、マイナンバーカードの場所(鍵:玄関靴箱の上 薬:リビングのテーブル上  
マイナンバーカード: 財布の中 )

# 救急医療情報キットに入れるものチェックリスト

## 必須

- 救急情報シート（記入したもの）
- 輪ゴム
- 空のペットボトル
- クリアファイル

## あると望ましい

- 健康保険証関係（写し）※健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認証で所有しているもの
- 診察券（写し）
- 現在服用している薬がわかるもの（薬剤情報提供書、おくすり手帳（写し）等）
- 本人写真
- 救急医療情報キットのマーク

※ご自身の状態に合わせて必要と思われるものを適宜ご用意ください