

広川町救急医療情報シート

年 月 日現在の情報です。

ご本人情報	ふりがな		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
	氏名		性別	男	・	女	血液型
	住所	広川町大字					
	電話番号	①	②				

緊急連絡先	ふりがな		続柄		ふりがな		続柄	
	氏名				氏名			
	住所				住所			
	電話番号	①			電話番号	①		
		②				②		

かかりつけ医療機関	病院名		病院名	
	科目		科目	
	担当医		担当医	
	所在地		所在地	
	電話番号		電話番号	

介護支援 衣類先	施設名		電話番号	
	所在地			

特記事項	救急隊員への伝言などがあればお書きください。

※救急隊員や搬送先の医療機関等が、容器の中に入っている救急情報を救急医療活動に利用することを、「ご本人情報の氏名記入欄」へ氏名の記入をもって同意します。