

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 | 年 | 月 | 日生 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| | 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 | | | ② | 電話番号 | ① | 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 依頼先 | 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。