**川越市救急情報シート**

（顔写真）

※本人確認のためですので、お一人で写っている写真をここに貼るか又はシートと共に保管してください。

（　　　　　　年　　　月　　　日記入）

　　　　　　　　　　　　私は、緊急時に以下の情報を救急隊、搬送先の医療機関が活用することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  お名前 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大  昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 | 血液型 | 型 |
| 住所 | 川越市 | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先氏名 | 続柄等 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療・介護 | 医療機関（病院・診療所等） | 医療機関又は居宅介護支援事業者 |
| 名称 |  |  |
| 診療科・担当者 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| かかっている病気  又は要介護度 |  |  |
| 常用している薬 |  |  |
| アレルギーの有無 | 無　・　有　［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | |

|  |  |
| --- | --- |
| 伝えておきたいこと  身体の具合や障害の有無など |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入している健康保険 | 国保　・　社保　・　後期高齢　・その他（　　　　　　　） | |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 保険者番号： |

**※　記入内容に変更があったときは、必ず書き換えてください。鉛筆での記入をおすすめします。**

川越市救急情報シート

|  |
| --- |
|  |

川越市救急情報シート

|  |
| --- |
|  |

川越市救急情報シート

|  |
| --- |
|  |

川越市救急情報シート