

# 私の救急・防災情報シート

多摩市

(医療情報記録用紙)

年 月 日作成  
年 月 日変更

## ● 救急情報

※救急情報に変更があった時は必ず内容を書き換えてください ↑

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh( )・不明		
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	性別	男	女
住所		電話	( )	-
保険証記号番号と種類	記号	番号	種類	
<small>※後期高齢者医療は記号なし</small>				

## ● 医療情報

※身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医	① 科 先生	② 科 先生
住所	①	②
電話	① ( ) -	② ( ) -
持病		
服薬中の薬名	薬剤情報提供書の写し・おくすり手帳の写し・薬袋などを入れて下さい。	
服薬上の注意		
特記事項	人工透析、ペースメーカー、酸素吸入、インスリン注射、胃ろう、ストマ等の特記	
<small>(アレルギーや注意を要する食品・食事の目安など)</small>		

## ● 緊急連絡先

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
①		( ) -	
②		( ) -	

多摩市及び救急隊と搬送先の医療機関が、容器内の情報を救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

印鑑又はサイン

※ 裏面もご記入下さい。

● **職場等連絡先** ※この欄は該当のある方のみご記入ください

日ごろかよっている場所 (職場や施設など)	名称 電話番号 ( ) —
所属団体 (障がい者団体・ボランティア団体など)	名称 電話番号 ( ) —
福祉事務所等	名称 担当者名
※介護認定を受けている場合のみご記入ください	事業者名
支援事業者 (地域包括支援センター・ケアマネジャー等)	所在地
	電話番号 担当者名 ( ) —

● **障害の種類や手帳の番号等** ※この欄は該当のある方のみご記入ください

障害種類	身体(障害種別 ) ・ 愛の手帳 ・ 精神
等級	
障害者手帳番号	身体( ) ・ 愛の手帳( ) ・ 精神( )
介護保険証番号	

● **避難所等**

一時集合場所 (家族等とおち合う、自分で決めた場所)	
避難所 (近隣の小中学校体育館)	

● **その他**

その他必要な事がら (救急隊員への伝言など) 特定の病院でしか対応できない疾病があるなど搬送時に救急隊員に注意してほしいことや役立つと思われること等	
--	--

NTT・災害伝言ダイヤル → 171

火災・救急 → 119  
警察 → 110