

救 急 情 報

フリガナ		性別	血液型		白川町
氏名		男・女		住所	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号(携帯)		— —	
	かかりつけの医療機関 ①			かかりつけの医療機関 ②	
医療機関名					
科目・担当医					
電話番号					
服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど)			持病		

緊急時の連絡先: 身元引き受け親族等				
氏名	生年月日	続柄	住所	電話番号(携帯)
	年 月 日			— —
	年 月 日			— —
	年 月 日			— —
	年 月 日			— —

指定居宅介護支援事業者	所在地
事業者の電話番号	事業所の担当職員名

※. 木沢記念病院発行の「medica(メディカ)カード」について . 持っている . 持っていない

同意確認欄	容器の中に入っている救急情報を、可茂消防署の救急隊員と医療機関に活用することに同意します。		
	本人氏名		印鑑又はサイン