

医療情報

1. 基本情報 記入日： 令和 年 月 日

氏 名	フリガナ		生 年 月 日	
	(男・女)		明治・大正・昭和 年 月 日	
住 所	沖縄市		電話番号	
世帯の状況	1. 独居	2. 高齢者のみ	3. その他	
身体 の 状 況 持 病	1. 血液型【 Rh()】		4. 服薬内容	
	2. 治療中の病気			
	3. 既往歴		5. 障がいの有無	
救急隊員へ注意して もらいたいこと				

2. 緊急時の連絡先

	氏 名	連絡先（携帯など）	住 所（別居の方）
①	続柄（ ）（同居・別居）		
②	続柄（ ）（同居・別居）		

3. 関係機関等

かかりつけ医療機関		担当ケアマネジャー (または、地域型地域包括支援センター)	
病 院 名		事業所名	
科目・担当医		担当者	
住 所		住 所	
電話番号		電話番号	

4. 個人情報の開示について

同 意 欄	救急医療情報キットの中に入っている救急情報を、沖縄市救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。		
	本人署名		代筆者 氏 名 続柄（ ）

救急医療情報キットをご利用にあたっては、
以下の点をご了解ください。



①

玄関ドアの内側にシールが貼られている場合は、本人及びご家族等の同意を得ることなく、救急隊が冷蔵庫を開けて救急医療情報キットを取り出すことがあります。

②

救急医療情報キットは、救急隊が救急活動に必要と判断した場合に活用いたします。そのため、救急医療情報キットの保持者であることが分かっている場合でも、その救急活動によっては活用されない場合があります。

③

救急活動において、搬送先の医療機関を決める場合、症状等の状況では救急情報の用紙に記載された「かかりつけ医療機関」に搬送されない場合があります。

④

救急医療情報キットは、各個人で管理、保管をお願いいたします。救急情報について変更がある場合は、内容を書き換えてください。