

## 医療情報

## 1. 基本情報

記入日： 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	
	(男・女)	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	5. 障がいの有無	
	3. 既往歴		
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、在宅介護支援センター）	
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（ ）