



あんしん119シート



(平成 年 月 日作成) (平成 年 月 日変更)

ふりがな				性別	血液型	生年月日	
氏名							
住所					電話番号		
					(携)		
緊急連絡先 (夜間連絡可)	氏名	続柄	住所		電話番号		
					()		
					(携)		
					()		
					(携)		

医療機関 かかりつけ	名称	電話番号	科目・担当医	病歴(持病)等
			診察券写(有・無)	アレルギー(有・無)
			診察券写(有・無)	
			診察券写(有・無)	
医療保険	名称			被保険者番号
	後期高齢者医療保険・国民健康保険 その他(名称)			保険証写(有・無)
服用薬	お薬手帳、又は薬剤情報提供書(有・無)			

指定居宅介護 支援事業者	名称	電話番号	担当者

備考	
----	--

救急医療情報キットの利用について、次の事項を承諾いたします。

連絡を受けてかけつけた救急隊員及び、搬送先の医療機関が、容器の中の情報を活用することを承諾します。また、通報協力者及び関係機関等の住宅内への立ち入りを認め、当該立ち入りに際しやむを得ず住宅の一部に破損が生じても責任を問いません。

本人署名欄

--	--