表面

令和　3年　12月　　日作成
令和　　年　　年　　日変更

あんしん119シート



私は、この用紙に記載した個人情報や同封書類情報を、救急隊員や搬送先の医療機関にお知らせして、救急時や緊急時の活動に活用することを承諾します。

私の救命を行う関係者の住宅内への立ち入りや、立ち入りに際
責任を問いません。また、救急搬送中の処置は救急隊員にお任

血液型がわからない場合は不明と御記入下さい。

氏名（署名）	ふりがな　くまがや　　はなこ 熊谷　花子　男・(女)	血液型	A　型	生年月日	大正・(昭和)・平成 2 年　2 月　2 日
住所	熊谷市 宮町2－47－1	電話番号	自宅　524－1111 携帯		

緊急連絡先（夜間連絡可）	氏　名	続柄	住　所	電話番号
	熊谷　太郎	長男	熊谷市○○1－2－3	自宅　048(521)△△△△ 携帯　(携)090-1111-□□□□
	熊谷　次郎	弟	熊谷市○○5－6－7 ※日中は携帯へ	自宅　048(526)△△△△ 携帯　(携)090-1111-□△□△
	熊谷　直実	妹	東京都○○区△△1－2 ◎◎マンション101号	自宅　03(1234)△△□□ 携帯　(携)080-1122-□○□○

医療情報（かかりつけ医等）	病院名	電話番号	科目・担当医	診察券番号
	○○医院	524-◎○◎○	（内）科 （○○）医師	○×○-△△△△ 診察券写（有）・無
	○△眼科	526-○○□□	（眼）科 師	診察券写（有・(無)
	□□クリニック		師	×××○○△△ 診察券写（(有)・無）

保険証、かかりつけ医等の診察券の写しを同封します。

病歴等・持病	〈記入例〉脳梗塞、心筋梗塞、がん、糖尿病、高血圧、高脂血症、骨折（骨折したところ）
	アレルギー（(有)・無）　卵　　糖尿病、高血圧、令和元年に左腕骨折

医療保険	保険証の種類に○、または記入をしてください	被保険者番号
	(後期高齢者医療保険)　国民健康保険 その他（　　）	12345678 保険証写（(有)・無）

服用薬	
	□ お薬手帳、又は薬剤情報提供書（有・(無)）※有の場合、薬名の記入は不要です。
	□ 薬名（　ミカルディス錠　40mg　）

支援者（ケアマネ等）	利用している事業所名	電話番号	担当者
	居宅介護支援事業所○○	524－××○○	△△

救急隊員に伝えたいこと	