表面

令和　　年　　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。また、救急搬送中の処置は救急隊員にお任せします。

氏名（署名）	ふりがな 男・女	血液型	型	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日
住所	熊谷市	電話番号	自宅 携帯		

緊急連絡先（夜間連絡可）	氏　名	続柄	住　所	電話番号
				自宅 携帯
				自宅 携帯
				自宅 携帯

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
			（　　）科 （　　）医師	診察券写（有・無）
			（　　）科 （　　）医師	診察券写（有・無）
			（　　）科 （　　）医師	診察券写（有・無）

病歴・持病等	〈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）

医療保険	保険証の種類に〇、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（　　）	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（　　）

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

救急隊員に伝えたいこと	