

令和 3年 12月 日作成
令和 年 年 日変更

の記入方法

表面

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せします。

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	血液型	A 型	生年月日	大正・昭和・平成
	熊谷 花子 男・女				2年 2月 2日
住所	熊谷市	電話番号	自宅	524-1111	
	宮町2-47-1		携帯		
(夜間緊急連絡先)	氏名	続柄	住所	電話番号	
	熊谷 太郎	長男	熊谷市〇〇1-2-3	自宅 048(521)△△△△ 携帯 (携)090-1111-□□□□	
	熊谷 次郎	弟	熊谷市〇〇5-6-7 ※日中は携帯へ	自宅 048(526)△△△△ 携帯 (携)090-1111-□△□△	
	熊谷 直実	妹	東京都〇〇区△△1-2 ◎◎マンション101号	自宅 03(1234)△△□□ 携帯 (携)080-1122-□□□□	
(かかりつけ医療情報)	病院名	電話番号	科目・担当医	診察券番号	
	〇〇医院	524-◎◎◎◎	(内)科 (〇〇)医師	〇×〇-△△△△ 診察券写 (有・無)	
	〇△眼科	526-〇〇□□	(眼)科	診察券写 (有・無)	
	□□クリニック		師	×××〇〇△△ 診察券写 (有・無)	
持病歴等	〈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) 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	12345678		
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〇〇	524-××〇〇	△△		
救急隊員に伝えたいこと					