

## 鹿児島市救急情報シート

作成日 令和 年 月 日

修正日 令和 年 月 日

|      |      |    |                   |
|------|------|----|-------------------|
| ふりがな |      | 性別 | 生年月日              |
| 氏名   |      |    | 大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
| 住所   | 鹿児島市 |    |                   |
| 電話番号 |      |    |                   |

### ●医療情報

|                   |                 |          |
|-------------------|-----------------|----------|
| かかりつけの病院・主治医・連絡先  |                 | 病名・内服薬など |
| 病院名<br>主治医<br>連絡先 |                 |          |
| 病院名<br>主治医<br>連絡先 |                 |          |
| 特記事項              | 感染症（ ） アレルギー（ ） |          |

### ●緊急連絡先（優先する順番で連絡先をご記入ください）

|   |      |    |               |      |
|---|------|----|---------------|------|
| 1 | ふりがな | 続柄 | 同居<br>・<br>別居 | 電話番号 |
|   | 氏名   |    |               |      |
| 2 | ふりがな | 続柄 | 同居<br>・<br>別居 | 電話番号 |
|   | 氏名   |    |               |      |

### ●ご担当の方がおられましたら、ご記入ください。

|                  |     |               |
|------------------|-----|---------------|
| 担当ケア<br>マネジャー    | 担当者 | 事業所名          |
|                  | 連絡先 |               |
| 民生委員<br>※必要時のみ記載 | 氏名  | 災害時に想定される避難場所 |
|                  | 連絡先 |               |

私の急変時及び緊急時に、このシートを私に係る機関（医療機関・介護施設・民生委員・自治会役員等）へ提供することを承諾します。

同意者 本人氏名

※裏面もご確認ください。

毎日飲んでいるお薬について、必ずご記入をお願いします。

- ・表面にお薬について記載する
- ・お薬手帳のコピーを入れる
- ・薬局で受け取る「薬剤情報提供書」を入れる

など、お薬の内容が分かるようにしておきましょう。

※備考

(例)歩行時は補助具が必要／身の回りのことは全て自分で出来る  
などのお伝えしたい情報がございましたら、ご記入ください。