

## 医療情報用紙

記入例

記入日 平成23年 2月 1日

変更日 平成 年 月 日

私は、容器の中の情報を、救急時に救急隊、消防隊、搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

## 1. 対象者

住所	戸田市 上戸田 1-18-1			マンション名、部屋番号まで 必ずお書きください。	
電話	048 (〇〇〇) □□□□	携帯	090 (〇〇〇〇) □□□□		
氏名	フリガナ	トダ タロウ	生年月日		
	戸田 太郎	(男・女)	明治 大正 昭和 平成	7年 7月 7日 (78歳)	
身体の状況 (持病・障がいの状態等)	血液型【A型】 持病 …………… ぜんそく・高血圧・心臓病など 障がいの状態 …… じん臓機能障害(人工透析)・聴覚障害など 障害者手帳、特定疾患医療受給者証などをお持ちの方は(写)を入れてください。				
アレルギーの有無	無・有 (有) ハウダスト・花粉症など(環境アレルギー) そば・たまごなど (食物アレルギー) 造影剤など (薬アレルギー)				
服薬内容 (種類や量)	書ききれない場合は、薬剤情報提供書(写)・お薬手帳(写)などを容器に入れてください。				

## 2. 緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話	同居有無	住所
戸田 花子	子	090 (〇〇〇〇) □□□□	有	戸田市 上戸田 1-18-1
戸田 次郎	弟	048 (〇〇〇) □□□□	無	戸田市 □□□□ 3-4-5

日中・夜間つながる電話番号をお書きください。

## 3. かかりつけ医療機関

	I	II
名称	〇〇 医院	
科目・担当医	呼吸器科・埼玉 次郎	
診察券番号	1234567	
所在地	戸田市 △△△△ 5-6-7	
電話	048 (〇〇〇) □□□□	

## 記入の仕方・注意事項について

### 《記入の仕方》

#### 1. 対象者について

- ・住所：マンション名、部屋番号まで必ずご記入ください。
- ・氏名：救急隊員に読み方がわかるようにご記入ください。
- ・生年月日：該当する年号を○で囲み、ご記入ください。
- ・身体の状況：持病、障がいの状態等をご記入ください。
- ・血液型：お調べになったことがない等、わからない場合は、「不明」とご記入ください。
- ・服薬内容：薬剤情報提供書（写）・お薬手帳（写）などを入れることで代えても構いません。

#### 2. 緊急時の連絡先について

- ・3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。
- ・緊急連絡先氏名は、ご家族以外の方でも構いません。
- ・連絡先は、日中と夜間つながる電話番号をご記入ください。

#### 3. かかりつけ医療機関について

- ・かかりつけ医療機関については、正確に間違いのないようご記入ください。
- ・医療機関は、2カ所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

### 《同意について》

- ・利用申込書、医療情報用紙の内容をよく読み、個人情報を活用することに同意の上、ご記入ください。
- ・代筆の場合は、余白に代筆する方の氏名、ご関係をご記入ください。

### 《注意事項》

- ・救急活動の妨げになる場合がありますので、容器には救急活動に必要な用紙以外は入れないでください。
- ・救急情報に変更があったときは、必ず内容を書き換えてください。  
(変更した日付を右上の欄にご記入ください。)
- ・容器の破損や医療情報用紙の内容に変更がありましたら、新しいものをお渡し致しますので、パンフレット記載の配布場所にお申し出ください。
- ・医療情報用紙については、戸田市ホームページからダウンロードできます。  
ホームページアドレス <http://www.city.toda.saitama.jp/>

お問い合わせ

戸田市 福祉部 長寿福祉課 441-1800 内線 471・215

戸田市 福祉部 障害福祉課 441-1800 内線 273・297