

作成日: 平成 年 月 日

本人情報シート

| | | | | | | | |
|----------|---|-------------|--------------------|-------------------------------|-------------|----|---|
| 氏名 | ふりがな | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | |
| 住所 | 〒245-0066 横浜市戸塚区俣野町1403 ドリームハイツ 棟 号 | | | 電話番号 | 血液型 | | |
| | | | | | | | |
| 家族知人等連絡先 | 氏名 (連絡のつきやすい順で) | | 続柄 | 電話番号 (下段 携帯) | | 住所 | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| 現在治療中の病気 | 健康保険証番号 | | | | | | |
| | 病名 | 飲んでいる薬名 | | 医療機関名 | 電話番号 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 介護認定 | 要支援 | 1・2 | | ケアマネジャー・ 包括支援センター 担当者など | 事業所名 団体名 | | |
| | 要介護 | 1・2・3・4・5 | | | 電話番号 担当者 | | |
| アレルギーの有無 | | 有 ・ 無 | アレルギーの原因(薬・食物・物質等) | | | | |
| 特記事項 | <救急隊や医師に知っておいてもらいたいことを記入してください> (認知症の有無、身体の不自由な部分など) | | | | | | |

同意書

緊急時や災害時など利用者の状況を把握する必要がある時は、救急医療情報キット内のすべての情報を、警察、消防、搬送先の医療機関など必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名



本人情報シート(特記事項詳細)

氏名

このシートは、病気のほかに、救急隊員に呼びかけてもらうとき、
身体を動かすときに、気を付けてほしいことを記入してください

記入日

年

月

日

下の項目に当てはまるものがあれば、人体のイラストに、
直接○で囲んだり書き加えたりしてください

- ◇ 目が _____ (右・左・両方)
- ◇ 耳が _____ (右・左・両方)
- ◇ 言葉が出にくい
- ◇ 一人で起き上がれない
- ◇ 一人で立ち上がれない
- ◇ 歩くのが難しい(具体的に)

右

左

- ◇ イスから立ち上がれない
- ◇ イスに座ることができない
- ◇ トイレが難しい(具体的に)

- ◇ その他

