

※このシートはご本人又は代筆者が記載・更新して下さい。

写真欄

令和 年 月 日 作成

令和 年 月 日 変更

情報シート

氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	性別	血液型
	明治・大正 年 月 日 昭和・平成・令和	男・女	

連絡先	住所
(電話)	
(携帯)	

緊急連絡先氏名 <small>ふりがな</small>	続柄	連絡先	住所
		(電話) ----- (携帯)	
		(電話) ----- (携帯)	

持病	服薬内容(薬剤情報提供書の内容など)

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目・担当医		
診察券No.		
所在地		
電話番号		

ケアマネジャー	氏名	電話番号
	事業所名	()

同意欄	私は災害時や救急時など必要があるときは、容器の中の情報を消防隊や救急隊及び搬送先の医療機関等が活用することに同意します。	
	本人署名又は押印	

代筆者名 記入欄	本人が救急情報の記入をできないため、次のものが代筆します。		
	代筆者氏名 <small>ふりがな</small>	続柄	

裏面にも特記事項追加欄がありますのでご利用下さい

特記事項追加欄

表面に書ききれなかった内容を記載して下さい。