

救急情報

ふりがな

氏名

() 歳) 男・女

住所 佐世保市

電話番号

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

かかりつけ病医院

手術を受けたことのある病医院

部位

1. 2. 3. のあてはまるものに○を付ける

1. 現在使用中の薬	<input type="checkbox"/>	喘息薬	<input type="checkbox"/>	糖尿病薬	<input type="checkbox"/>	狭心症治療薬
2. 現在または今までにかかった病気	<input type="checkbox"/>	脳内出血	<input type="checkbox"/>	くも膜下出血	<input type="checkbox"/>	脳梗塞
	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	狭心症	<input type="checkbox"/>	大動脈解離
	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	肺炎	<input type="checkbox"/>	慢性閉塞性肺疾患
	<input type="checkbox"/>	消化管出血	<input type="checkbox"/>	腹膜炎	<input type="checkbox"/>	糖尿病
	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	がん(部位:)	<input type="checkbox"/>	
3. その他	<input type="checkbox"/>	二口を所持	<input type="checkbox"/>	ペースメーカー埋込	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	人工透析をしている	<input type="checkbox"/>	植込み型除細動器 (ICD)	<input type="checkbox"/>	

その他記入欄

アレルギー

通常血圧

/

血液型

型

Rh (+・-)

緊急連絡先

氏名	電話	住所	本人との関係

※記載情報は救急医療情報キット本来目的のため、消防局、医療機関、警察で活用されるほか、佐世保市及び佐世保市社会福祉協議会、民生委員・児童委員が取り組む保健・福祉活動で利用される場合があります。なお、これ以外の目的や機関で、記載された情報を利用することはありません。このことに同意の上ご記入ください。

※かかりつけ医療機関への搬送を希望されても、諸事情により他の病院に搬送される場合がありますのでご了承ください。