

医療情報用紙

氏名	生年月日		性別	血液型
	明・大・昭・平 年 月 日		男・女	型 (RH + ・ -)
電話番号	住所			
	南風原町字			
健康保険証	記号	番号		
名称	掛かり付け医療機関①		掛かり付け医療機関②	
科目及び担当医				
所在地				
電話番号				
緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所	
(1)				
(2)				
服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）			持病	
その他 救急隊員への伝言など				
指定居宅介護支援事業者	所在地		電話番号	
同意欄				
容器の中に入っている緊急情報を、東部消防救急隊と搬送先の医療機関が緊急医療に活用することに同意します。				
本人氏名	代筆者氏名		続柄 ()	
			印	

※裏面に記入の仕方についての説明があります。