

記入見本

医療情報用紙

氏名	生年月日		性別	血液型
南風原 太郎	明・大・昭・平 年 月 日		(男)・女	B型 (RH+)・-
電話番号	住 所			
889-×1×1	南風原町字兼城1-1-1 アパート名、部屋番号まで記入ください。			
健康保険証	記号	番号		
	掛かり付け医療機関①		掛かり付け医療機関②	
名称	琉球医院			
科目及び担当医	内科			
所在地	南風原町字兼城1-1-2			
電話番号				
緊急連絡先氏名 (1)	続柄	電話番号	住 所	
南風原 花子	子	889-1×2×	南風原町字兼城1-1-3	
(2)				
服薬内容（薬剤情報提供書の写しなど）	持 病			
		高血圧・糖尿病		
書ききれない場合は、薬剤情報提供書を容器に入れてください。				
その他 救急隊員への伝言など	緊急連絡先は、近くに住んでいる花子にお願いします。			
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（子）	南風原 花子 (印)
南風原 太郎			必ず、ご記入ください。	