

# いのちのボタン 救急医療情報シート

記入日	令和 年 月 日 (変更日 年 月 日)				
私は、この情報を緊急時に、救急隊・消防隊及び搬送先の医療機関、福祉関係者等が活用することに同意します。					
ふりがな					
氏名			⑩		
住所	鳥取市				
電話番号					
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日				
性別	男・女	血液型	A・B・O・AB・不明		
かかりつけ医 (病院)			☎		
			☎		
病歴	無・有 [ ]				
内服用薬	無・有 [ ]				
アレルギー	無・有 [ ]				
緊急連絡先	1	氏名		続柄	
		住所			
		☎		☎	
	2	氏名		続柄	
		住所			
		☎		☎	
特記	・酸素吸入 ・透析 ・ペースメーカー ・補聴器 ・認知症 (備考 )				
保険証番号					

保険証のコピー、顔写真、薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーを一緒に入れるとより正確に情報が伝わります。

内容に変更がある場合は斜線を引き訂正した日を必ず記入してください。

**関係者各位**

**このシートはご本人、  
または家族の方に  
必ず返却ください。**

**鳥取市社会福祉協議会**