

令和 年 月 日作成
令和 年 月 日変更

本人情報

ふりがな			血液型	
本人氏名			型Rh()・不明	
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男・女	
住所				
電話		あんしん キーホルダー番号		

医療情報

かかりつけ医院	①	②		
科目・担当医名				
病院の電話番号				
かかっている病気				
アレルギー情報				
お薬手帳の有無	有 ・ 無	お薬手帳の 保管場所		

緊急連絡先

氏名	①	②		
続柄				
住所				
電話				

その他

居宅介護支援 事業所名				
担当者 (ケアマネジャー)		電話		

備考欄(救急隊への伝言・その他)

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

※ 記入方法は裏面をご参照ください。

記入の仕方・注意事項

①本人情報

生年月日	該当する年号を○で囲み、記入してください。
血液型	お調べになったことがない等、不明な場合は「不明」を○で囲んでください。
あんしんキーホルダー番号	高齢者支援センターで登録受付をしているキーホルダーのことで、お持ちの方は、キーホルダーに記載されている番号を記入してください。

②医療情報

かかりつけ医院	2ヶ所記入できます。ご自身のことをよく把握している医療機関を優先して記入してください。
かかっている病気	記入の上、薬剤情報提供書の写し・薬袋などを入れてください。
アレルギー情報	食べ物や薬のアレルギー情報を記入してください。
お薬手帳の有無 お薬手帳の保管場所	お薬手帳を持っているかを選択してください。（「有」または「無」どちらかに○） 「有」の方は、お薬手帳を普段どこにしまっているかを記載してください。

※その他、救急隊や病院へ伝えたい事項は、下記の救急隊への伝言・その他欄へ記入してください。

③緊急連絡先

連絡先	ご自身の状況を把握しているご家族を優先して記入してください。
-----	--------------------------------

④その他

ケアマネジャーに確認し、記入してください。 ○医療機関へのお願い 居宅介護支援事業所欄は、退院時にもなうケアプランなどの変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用をお願いします。
--

⑤備考欄（救急隊への伝言・その他）

○例としては以下があげられます。 ・搬送時などに救急隊員に注意してほしいこと ・緊急連絡先の補足事項 ・緊急時に役立つと思われること ・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の有無、ドナーカードの保管場所など

⑥同意欄

○緊急時の情報公開 救急隊と輸送先の医療機関が、容器内の情報を救急医療に活用することに同意いただいた上で、「本人氏名」欄へのご署名をお願いします。
--

※救急情報に変更があったときは、必ず内容を更新してください。
その際は、更新した日付を右上の欄に記入してください。