

救急情報カード

このカードへの記入や利用はあくまでも**任意**です。**個人情報**を記載することになりますので、管理には十分気をつけてください。

これは、あなたが**救急車を要請した場合、救急隊が医療機関へ搬送するために必要な情報カード**です。また、緊急の連絡先を記入することで、搬送先医療機関及び救急隊からの対応を速やかに受けることができます。鹿屋市の「救急医療情報キット」をご利用の方は、そちらを優先してご利用ください。

使用にあたっての注意

- ①このカードは救急隊が病院などの関係機関へ連絡する以外に使用することはありません。
- ②救急隊が気づくように**冷蔵庫に貼り付け**てください。
- ③ホームページから様式のダウンロードができます。記載人数などが多い場合はご利用ください。

QRコード



記入年月日 年 月 日

ふりがな		
氏名	(男・女)	(男・女)
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住所		
血液型	型	型
既往歴 (過去の入院など)		
現在の病気		
通院している医療機関 (かかりつけ医など)		
飲んでいる薬		
アレルギー (薬、食べ物など)		
救急隊に伝えたいこと		

※日本医師会では「健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと」をかかりつけ医と呼んでいます。

緊急連絡先

※病状の説明や医療機関側からの治療方針に対応できる方をご記入ください。

氏名	住所	電話番号	続柄

