

救急情報シート

令和 年 月 日作成
令和 年 月 日更新

お名前、住所等を記入してください。

フリガナ		血液型	型 Rh()・不明
本人氏名		性別	男・女
生年月日	(平成・令和) 年 月 日	健康保険	国保・後期高齢・社保・共済 その他()
住所	〒	電話番号	() -

治療中の病気があれば、病名又は診断名と受診している医療機関について記入してください。

病名・診断名	医療機関・主治医名	薬の名前・治療の内容など
(1)	電話番号:	
(2)	電話番号:	
(3)	電話番号:	
その他(アレルギー、今までの大きな病気・手術など)		

緊急連絡先について記入してください。

氏名(フリガナ)	続柄等	電話番号	勤務先・電話番号
(1)		携帯:	勤務先:
		自宅:	電話番号:
(2)		携帯:	勤務先:
		自宅:	電話番号:

救急隊員への伝言・その他

--

※裏面も記入ください。

その他

起こりえる緊急状況とその対応（ない場合は記載不要）			
家族構成			
氏 名	続 柄	年 齢	所 属 緊急連絡先に記載あれば記入不要 本児・兄弟姉妹は、所属している学校名と学年

該当する場合は記載下さい

支援サービス 併用事業所①		支援サービス 併用事業所②	
相談支援事業所		相談支援専門員名	
療育手帳	A ・ B ・ 無し	特別児童扶養手当	有り ・ 無し
身体障害者手帳	()級 ・ 無し	精神障害者手帳	()級 ・ 無し

注意事項

- この緊急情報シートは、救急要請時に救急隊員や医療関係者が、お子さまのお名前や住所、持病や飲んでいる薬、緊急連絡先等をいち早く確認するためのものです。
- 救急隊員が現場に到着したら、速やかに救急情報シートを渡してください。
- この救急情報シートは、全ての職員が共有できるようにしてください。

以下のことについてご了承願います。

- ◎この救急情報シートは、救急搬送後、速やかに破棄いたします。その他に利用することはありません。
- ◎救急隊員への伝言については、発症状況等できるだけ詳細に記載願います。また、お子さまの状況、救急隊員の観察結果又は、指令室員の聴取内容等により、ドクターヘリ等を要請する場合があります。