

～～ 緊急時安心情報シート ～～

作成日 年 月 日
変更日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
氏 名				年 月 日	
住 所	山口市				
電話番号		血液型	型（R h + -）		

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
病 院 名		
科 目 と 担 当 医		
所 在 地		
電話番号		

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
氏 名		
続 柄 関 係		
住 所		
電話番号	日中	日中
	夜間	夜間

健康保険証	国民健康保険 後期高齢者医療 その他（ ）	被保険者 番 号	
-------	--------------------------	-------------	--

持 病 や アレルギ－	
服 薬 内 容	
その他なんでも 伝えておきたい事	

指定居宅 介護支援 事業者	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	

同 意 欄	緊急時安心情報シートを山口市消防本部救急隊と搬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。 なお、裏面記載の注意事項についても、同意します。	
	本人氏名	

《緊急時安心情報シートの記入方法》

※ご記入については、ボールペンをご使用ください。

◆ご本人の情報について

氏 名・・・読み方が分かるよう、ふりがなをご記入ください。

生年月日・・・該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

血 液 型・・・分からない場合は「不明」とご記入ください。

住 所・・・○丁目○番○号、番地、アパート名や部屋番号まで必ずご記入ください。

◆かかりつけ医療機関について

かかりつけ医療機関の名称や連絡先は、間違いのないよう正確にご記入ください。

医療機関は2ヶ所記入できますが、身体状況をよく把握されている医療機関を優先してご記入ください。

◆緊急連絡先について

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握されている方を優先してご記入ください。

緊急連絡先は、ご家族以外の方でもかまいません。

連絡先の電話番号は、日中と夜間につながる番号をご記入ください。

◆健康保険証・被保険者番号について

ご加入の健康保険を○で囲み（その他の場合、カッコ内に記入）被保険者番号をご記入ください。

◆持病・服薬内容について

服薬内容については、おくすり手帳の写し、お薬の説明書の写しなど、現在の服薬内容がわかるものを入れることで代えることもできます。

◆その他なんでも伝えておきたい事について（参考までに、記入例です。）

- 特定の病院でしか対応できない特殊な疾病がある場合の病院との取り決めごとなど
- 救急隊員に特に注意して欲しいこと（搬送時など）
- 緊急連絡先についての補足説明
- その他緊急時に役立つと思われること

◆指定居宅介護支援事業者について

連絡先は、ケアマネジャーに確認し、電話番号も必ずご記入ください。

◆医療機関へのお願い

指定居宅介護支援事業者の欄は、退院等に伴うケアプランなどの変更等で、ご本人やご家族の方が連絡できない場合に、ご活用をお願いします。

【注意事項】（ご利用にあたり下記の事項をご了解ください。）

- ① 救急活動において、本人の状態や当日の救急患者受入れ可能な医療機関を確認し、搬送先の医療機関とするため、緊急時安心情報シートに記載された「かかりつけ医療機関」に必ず搬送されるものではありません。また、「その他伝えておきたい事」に記載されていても必ず伝言が実行されるとは限りません。
- ② 「かかりつけ医療機関」や「緊急連絡先」などに変更があった場合は、必ず、緊急時安心情報シートを訂正してください。

※このシートは、「緊急時安心情報シート」（高齢福祉課作成）を一部改変したものです。