

若狭町救急カード

重要

赤で囲んだ部分は、最新の情報を記入してください。
修正が必要な場合は、二重線で修正もしくは、新しいカードをご利用ください。

毎年、キット内容を確認し☒をしてください。

☐令和 年 月 日 作成

☐令和 年 月 日 更新(確認)

☐令和 年 月 日 更新(確認)

☐令和 年 月 日 更新(確認)

☐令和 年 月 日 更新(確認)

☐令和 年 月 日 更新(確認)

本人氏名 (同意欄)	容器の中に入っている救急情報を、救急隊、搬送先の医療機関、発見者等が救急医療に活用することに同意します。					
	本人氏名	ふりがな	代筆者名	ふりがな		
住 所	〒	—	生年月日	性別	血液型	
	若狭町		大・昭	年 月 日	男・女	型
	電話番号	()	平・令			

優先順位	緊急連絡先氏名	関係	自宅もしくは携帯電話番号	住所
1	ふりがな		日中： ()	
			夜間： ()	
2	ふりがな		日中： ()	
			夜間： ()	

* 常時、連絡がつく電話などをご記入ください。
* 関係欄には、親族(子・孫・兄弟姉妹など)、友人、担当の民生委員などを記入ください。

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病院名		
担当医		
治療病名		
所在地	電話番号 ()	電話番号 ()

知っておいてもらいたいこと	
- 持病（高血圧,糖尿病,狭心症など） - 常用している薬 - アレルギーの有無 - その他、身体の具合など	
ご自由に記入してください。	

ケアマネ事業所名	所在地
ケアマネジャー氏名	電話番号 ()

～医療機関の方へ～ 治療が終了したら、キットはご本人様へ返却をお願いします。

*裏面に記入の仕方についての説明があります。

記入の仕方・注意事項

【ご本人情報(同意欄)について】

- 氏 名：救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入してください。
- 代筆者名欄：本人が記入できない場合、代筆した方の氏名、本人との関係を記入してください。
- 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：分からない場合は、「不明」と記入してください。
- 住所：番地や、区名・小字まで、必ず記入してください。例) 大鳥羽〇ー〇(朝霧) など。

【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している方を優先に、優先順位で記入してください。

- 緊急連絡先氏名：ご家族以外の方でもかまいません。
- 連絡先：日中と夜間、つながる番号を記入してください。

【かかりつけ医療機関について】

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入してください。

医療機関名は、2か所記入できますが、身体状況をよく把握している医療機関を優先にして記入してください。

それぞれの医療機関での治療している病名を出来る範囲で、詳しくご記入ください。

【知ってもらいたいこと欄について】(記入例)

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院との取り決めごとなど。
- 救急隊員に特に注意してほしいこと。(搬送時など)
- 緊急連絡先についての補足事項(夜間に電話をかけることができるのは誰か など)
- その他緊急時に役立つと思われること。例えば、アレルギー疾患やインスリン療法、狭心症発作の既往、人工透析の有無、透析は左右どちらの腕に行っているのか、などの情報。

その他、知ってもらいたいことをご自由に記入してください。

【ケアマネ事業所名について】

- 連絡先：ケアマネジャーに確認し、電話番号も必ず記入してください。

【医療機関の方へのお願い】

ケアマネ事業所名欄は、退院時に伴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。

【重要】

- * 服薬内容がわかるようにキットに最新の薬剤情報提供書の写し・お薬手帳の写しなどを必ず入れてください。
- * 随時、緊急情報の更新(確認)を行い、変更があったときには、必ず内容を書き換えてください。
(確認後は、必ず右上確認欄に☑し、更新(確認)日を記入してください。)
- * 確認欄が書ききれない場合、前回の日付を二重線で消し、欄外に記入してください。

若狭町救急カード

重要

赤で囲んだ部分は、最新の情報を記入してください。
修正が必要な場合は、二重線で修正もしくは、新しい
カードをご利用ください。

記入例

毎年、キット内容を確認

☐令和 2 年 〇 月 〇 日 作成
☒令和 4 年 〇 月 〇 日 更新(確認)
☐令和 年 月 日 更新(確認)
☐令和 年 月 日 更新(確認)
☐令和 年 月 日 更新(確認)
☐令和 年 月 日 更新(確認)

本人氏名 (同意欄)		容器の中に入っている救急情報を、救急隊、搬送先の医療機関、発見者等が救急医療に活用することに 同意します。	
本人氏名	ふりがな わかさ たろう 若狭 太郎	代筆者名	ふりがな 本人との関係 () 分からない場合は 不明
住所	〒 919 - 1331 若狭町 (集落名) 〇-〇〇-〇 電話番号 0770 (45) 1234	生年月日	性別 血液型
		大・昭 〇 年 〇 月 〇 日 平・令	男・女 A 型

優先順位	緊急連絡先氏名	関係	自宅もしくは携帯電話番号	住所
1	ふりがな わかさ いちろう 若狭 一郎	長男	日中: 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 夜間: 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	若狭町 (集落名) 〇〇〇-〇〇-〇
2	ふりがな わかさ はなこ 若狭 花子	長女	日中: 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 夜間: 0770 (〇〇) 〇〇〇〇	〇〇市〇〇 〇〇-〇

* 常時、連絡がつく電話などをご記入ください。
* 関係欄には、親族(子・孫・兄弟姉妹など)、友人、担当の民生委員などを記入ください。

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
病院名	〇〇クリニック	〇〇病院
担当医	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
治療病名	高血圧	糖尿病
所在地	若狭町中央〇〇-〇 電話番号 0770 (45) 〇〇〇〇	若狭町市場〇〇-〇 電話番号 0770 (62) 〇〇〇〇

知っておいてもらいたいこと ・持病(高血圧,糖尿病,狭心症など) ・常用している薬 ・アレルギーの有無 ・その他、身体の具合など ご自由に記入してください。	・救急隊員に特に注意してほしいことなど (特定の病院でしか対応できない場合) ・緊急連絡先について補足事項 ・その他、緊急時に役立つと思われることなど
---	--

ケアマネ事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	所在地 若狭町 (集落名) 〇〇-〇〇-〇
ケアマネジャー氏名 〇〇 〇〇	電話番号 0770 (45) 〇〇〇〇

～医療機関の方へ～ 治療が終了したら、キットはご本人様へ返却をお願いします。

*裏面に記入の仕方についての説明があります。