



救急医療情報シート



記入日 令和 年 月 日

★本人に関する基本情報を記入してください

ふりがな		生年月日	明・大・昭	年	月	日
氏名		血液型	型	Rh	+	-
住所	余市郡赤井川村字			電話番号	(自宅) (携帯)	

★現在治療中の病気、受診している医療機関等について記入してください

	病名	病院名・診療科・電話番号
1		電話番号
2		電話番号
3		電話番号
4		電話番号

★これまでにかかったことのある病気について記入してください

既往歴			
アレルギー	無・有	環境	
		食物	
		薬	

★現在服用中の薬について処方された病院名とお薬名を記入してください

病院名	お薬名(お薬手帳、説明書のコピーでも可)		
介護の種類	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者 なし	担当ケアマネジャー	
障がいの種類	身体障害程度等級 第 種	電話番号	

その他(伝えたいこと)

Blank area for additional information.

★公的保険関係

医療保険証(コピーでも可)		介護保険証(コピーでも可)	
被保険者番号： 記号	番号	被保険者番号：	
保険者番号：		保険者番号：	
※生活保護を受給している場合は右にチェック <input type="checkbox"/>			

★緊急時の連絡先を記入してください(家族、親族、ご近所さん等)

	氏名	続柄	電話番号
1			(自宅) (携帯)
2			(自宅) (携帯)
3			(自宅) (携帯)
4			(自宅) (携帯)

※担当ケアマネジャーがいない方は搬送後、赤井川村地域包括支援センターまでご連絡ください。

赤井川村地域包括支援センター	0135-48-5205
----------------	--------------

個人情報の提供

お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

1. 利用目的

個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ①救急搬送の際、円滑な対応を行うため、救急医療情報シートの全ての情報について平時より北後志消防組合赤井川支所と共有します。また、救急搬送の際は搬送先の医療機関等の関係者へ必要な範囲で提示します。
- ②災害等緊急時に安否確認や各種支援を行うため、救急医療情報シートのうち氏名、生年月日、性別、住所、電話番号その他の連絡先、支援を必要とする理由について平時より赤井川村を通じて余市警察署赤井川駐在所、区会長、民生委員・児童委員、赤井川消防団、赤井川村社会福祉協議会など関係する支援者と共有します。また、災害等が発生した際は関係する支援者へ必要な範囲で提示します。

私は、本書面により、赤井川村地域包括支援センターから救急医療情報キット事業についての説明を受け、同意しました。

氏名 _____ 印

※本人署名の場合、押印は省略可。