

## 記入の仕方、注意事項

※ 利用者情報シートの内容に変更があった時には、必ず修正してください。  
(記入日及び修正日を、ご記入ください。)

※ 記入内容を修正しやすいように、鉛筆でご記入ください。

### 1 ご本人情報について

血液型：お調べになったことがない等、わからない場合は「不明」を○で囲んでください。

※ ご本人の写真があれば、キットに入れてください。

### 2 医療情報について

かかりつけの病院名：有無を○で囲み、有の場合は、病院名を記入してください。

医療機関名は、2か所記入できますが、身体情報をよく把握している医療機関を優先してご記入ください。

内服薬：有無を○で囲み、有の場合は、服薬内容を記入、または薬剤情報提供書・おくすり手帳の写しなどを入れてください。

搬送先医療機関の希望：希望の有無を○で囲み、有の場合は医療機関名をご記入ください。  
(ただし、重症度やその他の事情により、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。)

### 3 身体症状・生活状態について

該当するものに○をつけてください。

身体症状：アレルギーの原因となる食物や薬剤等があれば、間違いのないようご記入ください。

在宅医療の有無、その内容をご記入ください。

その他の身体症状があれば、ご記入ください。

生活状態：その他( )欄は、救急隊へ伝えたい生活状態があればご記入ください。

※ 用語の意味…構音障害 話しにくい、又は話せない状態 昏睡 意識のない状態

### 4 緊急連絡先の記載について

緊急連絡先：緊急時の連絡先(親族・知人)へは、①から③の順に連絡します。

3名以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

かならず連絡が取れるように、自宅と携帯電話を記入してください。

支援事業者：介護サービス等を受けている方はケアマネジャー等に確認し、事業所の電話番号と携帯電話番号もご記入ください。

《同意欄について》 氏名をご記入ください。

※ キットは、常に冷蔵庫で保管してください。

(使用後は速やかに冷蔵庫へ戻してください)

医療機関へのお願い

支援事業者欄は、退院時にケアプランの変更が必要な場合にご活用下さい。ご本人や親族の同意を得たうえで連絡を取って下さい。