利用者情報シート　（令和　年　月　日）記入

1　ご本人情報　※鉛筆でご記入ください。

住　所	宝達志水町	電話番号	（　　）　－
氏　名	ふりがな	性　別	男　・　女
		血液型	A・B・O・AB　型 不明 （RH ＋・－）
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		

2　医療情報

かかりつけの病院名	無・有（　　）	無・有（　　）
診療科・担当医		
かかっている病気 （持　病）		
内　服　薬 （薬剤情報提供書・おくすり手帳の写しでも可）	（無　・　有）	（無　・　有）

●搬送先医療機関の希望　：無　・　有（医療機関名：　　）

ただし、重症度等により変更となることがあります。

3　身体症状・生活状態　※下記項目の当てはまるものに○をつけてください。

身体症状	・アレルギー：無　・　不明　・　有（原因物質：　　） ・在宅医療：無　・　有　→　在宅酸素療法・人工肛門・透析 その他（　　） ・その他：認知症・失明・難聴・その他（　　）
生活状態	良好　　中等度障害（片麻痺・構音障害）　　重度障害（要介護・昏睡）　　不明　　その他（　　）

4　緊急連絡先　※緊急時の連絡は、①から③の順に行います。

氏名（続柄）	①　（　）	②　（　）	③　（　）
住　所			
電話番号	自宅（　） 携帯（　）	自宅（　） 携帯（　）	自宅（　） 携帯（　）
支援事業者	担当者名： 事業所名：	電話番号	事業所：（　） 携　帯：（　）
同意欄	容器内の情報は、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。 本人氏名		

※記入方法は裏面をご参照ください。