

【大淀町携帯用救急情報カード】（問い合わせ先：大淀町役場 福祉課 ☎ 0747-52-5501(代表)）

「携帯用救急情報カード」は、医療情報や緊急連絡先等を記入し、財布などに入れて携帯します。急病など万が一の場合、駆けつけた救急隊員がカードに記載された情報を活用することにより、適切で迅速な処置を行うことができますようになります。

外枠の点線に沿って、この用紙を切り取り、「記入例」を参考に必要事項を記入してお使いください。

大淀町 携帯用救急情報カード	
よどりちゃん 記入日 年 月 日	
名前	(フリガナ)
住所	
生年月日	年 月 日生
電話	☎ ()
血液型	A・B・O・AB型 (RH+・-)
緊急連絡先	氏名 (続柄) ☎
	氏名 (続柄) ☎
	氏名 (続柄) ☎
かかりつけ医療機関	病院 科 ☎ 医院
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 (ペースメーカー・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
【障がい等の状況】該当する□に✓チェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> () の障がいがあります。 <input type="checkbox"/> () が不自由・困難です。 <input type="checkbox"/> () のため介助が必要です。 <input type="checkbox"/> 用具 (□杖 □その他 ()) が必要です。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【医療処置】該当する□に✓チェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 薬 () を所持しています。 <input type="checkbox"/> 医療用具 () を所持しています。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【特記事項】その他特に伝えたいことを記入してください。	
.....	

大淀町 携帯用救急情報カード	
よどりちゃん 記入日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
名前	(フリガナ) オオヨド マチタロウ 大淀 町太郎
住所	奈良県吉野郡大淀町大字桧垣本2090
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生
電話	☎ 0747 (52) 5501
血液型	(A) ・B・O・AB型 (RH+ ・-)
緊急連絡先	氏名 大淀 町次郎 (続柄 長男) ☎ 0747-XX-XXXX
	氏名 中吉野 花子 (続柄 妹) ☎ 0746-XX-XXXX
	氏名 (続柄) ☎
かかりつけ医療機関	〇〇〇 (病院) 〇〇科 ☎ XXXX-XX-XXXX 医院
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓病 (ペースメーカー ・その他) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (腰痛、指の骨折)
【障がい等の状況】該当する□に✓チェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input checked="" type="checkbox"/> (心臓) の障がいがあります。 <input checked="" type="checkbox"/> (骨折のため手を動かすこと) が不自由・困難です。 <input checked="" type="checkbox"/> (腰痛) のため介助が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 用具 (□杖 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (車イス)) が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (補聴器を利用しています。)	
【医療処置】該当する□に✓チェックを入れてください。	
<input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー (〇〇に対する食物アレルギー) <input checked="" type="checkbox"/> 薬 (糖尿病の薬、高血圧の薬) を所持しています。 <input checked="" type="checkbox"/> 医療用具 (インシュリン注射のための自己注射器) を所持しています。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【特記事項】その他特に伝えたいことを記入してください。	
腰痛で一人で起き上がることが困難です。 カバンの中に薬が入っています。 言葉の理解が苦手なため、短くわかりやすい表現で、ゆっくり具体的に話しかけてください。	

【記入例】

※かかりつけ医療機関の記載があっても、他の病院に搬送される場合があります。個人情報に記載しますので、取扱いには十分注意してください。