**施設　⇒　救急隊　⇒　搬送先医療機関**

　　　　　　　　　　　　　　　　　住宅型・ケアハウス名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　　：　　　　 　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　記載者名　　：

|  |
| --- |
| **高齢者救急情報カード** |
| 生年月日 | M・T・S　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ氏名 |  | 性別 |  |
| 住所 |  | □：入所・施設に同じ |
| かかりつけ医療機関名 |  | 電話 |  |
| 担当医師名 |  |
| 担当ケアマネジャー名 |  | 電話 |  |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 現病歴 | （　現在治療中の病気・ケガ・注射等　・感染症の有無　） |
| 既往歴 |  |
| 常用服用薬 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お薬手帳があれば手帳でも可 |
| アレルギー | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 特記事項 |  |

※年齢・血液型に関しては記載していません。　　　　　　　　　　　平成25年10月作成

※記載していただいた事項は、救急業務以外使用いたしません。