

本人情報シート

作成日	年	月	日
更新日	年	月	日
更新日	年	月	日

← 現在飲んでいる薬など、常に新しい情報に更新しましょう

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 西暦	
					年	月
住所	〒 磯子区			電話番号	(自宅)	血液型
					(携帯)	()
家族知人等連絡先	氏名 (連絡のつきやすい順で)		続柄	電話番号		住所
	1			(自宅) (携帯)		
	2			(自宅) (携帯)		
	3			(自宅) (携帯)		
公的保険関係	医療保険情報				介護保険証(コピーでも可)	
	被保険者番号: 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□		※マイナ保険証をお持ちの方は「資格情報のお知らせ」から、マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書」から転記してください。マイナンバーカードの写しは不要です。		被保険者番号: 保険者番号:	
現在治療中の病気	病名	飲んでいる薬		医療機関名		電話番号
						※お薬手帳・説明書のコピーでも可
ケアマネジャー・包括担当者など	(会社名)			(電話番号)	介護度	要介護()
	(担当者)					要支援()
訪問看護ステーション	(会社名)			(電話番号)	アレルギーの有無	
	(担当者)				有・無 (原因)	
特記事項	《 今までの病気や治療など 》(裏面にも書けます。)					
同意欄	緊急時や災害時など利用者の状況を把握する必要がある時は、救急医療情報キット内のすべての情報を、警察や消防、搬送先の医療機関など必要な範囲で関係者に提示することに同意します。 年 月 日 氏名					

裏面もあります

よろしければ、
お写真をお貼りく
ださい。

特記事項追加欄

《表面の特記事項の続きをお書きください。》

※搬送先の医療機関を決めるにあたり、ご本人の状態やかかりつけ医療機関の受入体制等の理由により、本シートに記載された医療機関に搬送されない場合があります。また、「特記事項」にご要望等を記載された場合にも、必ずしもその記載内容どおりに実行できない場合もありますのでご了承ください。