

●ほっとなみ 安心ポケット●
救急医療情報用紙

作成日	年	月	日
変更日	年	月	日

【下記内容に変更があったときは、必ず書き換えてください】

乳幼児 ・ 高齢者 ・ 障がい者 ・ 一般 ・ その他 ()
 (0歳～6歳) (65歳以上) (乳幼児・高齢者・障がい者以外)

※上記のいずれか該当する項目を○で囲んでください

●裏面にもご記入ください

本人情報

フリガナ		性別	血液型	生年月日
氏名		男・女	型	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
			Rh(+・-)	
住所	砺波市	電話	(自宅0763- -)	
保険証番号			(携帯 - -)	

医療情報

かかりつけ 医療機関	[1] (電話 -)	[2] (電話 -)	[3] (電話 -)
科目・担当医			
治療中の病気			
服薬内容 <small>書ききれない場合は薬剤情報提供書(写)などをポケットに入れてください</small>			
特記事項 (アレルギー等)			

●表面にもご記入ください

緊急連絡先

フリガナ		
氏名	[1]	[2]
続柄		
住所		
電話	(日中 — —)	(日中 — —)
	(夜間 — —)	(夜間 — —)
	(勤務先 — —)	(勤務先 — —)

担当民生委員児童委員

氏名		電話	(自宅 — —)
----	--	----	-----------------------------

支援事業所（居宅介護支援事業所・相談支援事業所等）

事業所	(電話 — —)	事業所	(電話 — —)
-----	-----------------------------	-----	-----------------------------

救急隊への伝言・その他

<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> 同居者あり	<input type="checkbox"/> 日中一人暮らし状態である
<input type="checkbox"/> 障がい者（身体・知的・精神）	<input type="checkbox"/> 聴力に不安がある	<input type="checkbox"/> 視力に不安がある	
<input type="checkbox"/> 判断に不安がある（認知症等）	<input type="checkbox"/> 介助や介護が必要	<input type="checkbox"/> 歩行に車イス使用	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態である
<input type="checkbox"/> 階段の登り下りができない	<input type="checkbox"/> 歩行に不安がある（杖・歩行器）		
<input type="checkbox"/> その他〔-----〕			

私は、安心ポケットの情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。

お問合せ先

砺波市社会福祉課 地域福祉係 電話33-1111（内線125・126）
 砺波市社会福祉協議会 地域福祉課 電話32-0294