

救急医療情報シート

田辺市消防

入所者情報

施設名	
電話番号	

住 所	電 話	() -
	家族の連絡先 本人との関係() () -	
フリガナ	性別 男・女	年齢 歳
氏 名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
既往症	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 () 病名()	内服薬 有・無 ()
普段の生活状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度の介助 <input type="checkbox"/> ねたきり 意思の疎通が できる ・できない	お持ちであれば、お薬手帳などを 持参してください。
かかりつけ 病院・医師	病院 医師	
診察券・IDナンバー		
特記事項		

今回の症状は

それはいつ頃から

このシートに関するお問い合わせは・・・

各署の電話番号

※ この情報は救急活動以外に使用することはありません。