

武蔵野市緊急医療情報シート

※分かる範囲でご記入ください。

①令和 年 月作成（記入者 ）
 ②令和 年 月更新（記入者 ）

フリガナ		性別	血液型	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏 名		男・女	RH +・-型		年 月 日 生
住所	武蔵野市 町 丁目 番 号				
自宅電話番号	() ー				
FAX番号	() ー				

[illegible]

※ 緊急連絡先は裏面にあります

緊急連絡先1 (親族)	氏名	
	続柄(所属)	
	電話番号(1)	() -
	電話番号(2)	() -
	住所	

緊急連絡先2	氏名	
	続柄(所属)	
	電話番号(1)	() -
	電話番号(2)	() -
	住所	

その他関係者

☐ ケアマネジャー ☐ 民生委員 ☐ 福祉関係職員 ☐ その他()	事業者名 / 課名	
	担当者	
	電話番号	() -

☐ ケアマネジャー ☐ 民生委員 ☐ 福祉関係職員 ☐ その他()	事業者名 / 課名	
	担当者	
	電話番号	() -

その他 (伝えておきたいことがあればご記入ください。)

同意欄	封筒の中に入っている救急情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名	令和 年 月 日	署 名