

(作成 年 月 日)
(変更 年 月 日)

弘前市 安心カード

記入者: 続柄()

私は以下の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。

フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
住 所			
	電話番号		

フリガナ		続 柄	電話番号
緊急連絡先氏名 (キーパーソン) ①			
フリガナ		続 柄	電話番号
緊急連絡先氏名 (キーパーソン) ②			

かかりつけ医	医療機関名		電話番号
			FAX
主病名	1) _____		
	2) _____		
	3) _____		
リビングウィル・ 人生会議 等	有・無		
内服薬			
お薬手帳	有・無		
薬アレルギー	有・無		
抗凝固薬	有・無	ワルファリン・DOAC	

居宅介護支援事業所		担当ケアマネ	
		電話番号	
担当地域包括支援センター 【 第一、第二、第三、東部、西部、南部、北部 】			
介護申請	有・無	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	

記入の仕方・注意事項

◎内容をよく読み、同意いただいた上で記入してください。

◎ご本人情報について

氏 名 : 救急隊員等に読み方が分かるよう、ふりがなを記入してください。

生年月日 : 該当する年号を○で囲み、ご記入ください。

住 所 : マンション・アパート名、部屋番号まで必ずご記入ください。

◎緊急連絡先について

3人以上いる場合は、ご自身の状況を把握している方を優先してご記入ください。

緊急連絡先氏名 : ご家族以外の方でもかまいません。日中や夜間つながる番号をご記入ください。

◎かかりつけ医療機関について

かかりつけ医療機関名欄の連絡先は、正確に間違わないように記入してください。

医療機関名は、身体状況をよく把握している医療機関を優先して記入してください。

★リビングウィル、人生会議(ACP)など取り決めがある場合は記入をお願いします。

◎主病名欄の余白の利用について

下記を参照され、補足記入にご活用ください。

- 特定の病院でしか対応できない特殊疾病がある場合についての、病院との取り決めことなど。
- 救急隊員に特に注意してほしいこと(搬送時など)
- 緊急連絡先について補足事項(夜間に電話をかけれるのは誰か、など)
- その他緊急時に役立つと思われること

◎服薬内容・持病について

服薬内容については、薬剤情報提供書の写し・くすり手帳の写し・薬袋などを入れることで代えてください。

抗凝固薬(血液さらさらになる)を飲んでいる場合は医師に確認してください。

◎居宅介護支援事業所について

連 絡 先: ケアマネージャーに確認し電話番号も必ずご記入ください。

◎医療機関へのお願い

居宅介護支援事業所欄は、退院等に伴うケアプラン等の変更等で、ご本人や親族が連絡できない場合にご活用ください。

※緊急情報に変更があった時は、必ず内容を書き換えてください。

(変更した日付を右上の欄に記入してください。)