

病院への情報提供表

施設名					TEL :	
施設住所					血液型	型
フリガナ 氏名			年齢 :	歳	性別 :	男 ・ 女
本人TEL			生年月日	M・T・S・H	年	月 日
本人住所	☐ : 施設に同じ					
病歴等	現在治療中の病気・ケガ			既往歴		
入院歴	①	年 月頃			入院(有・無)	
	②	年 月頃			入院(有・無)	
	③	年 月頃			入院(有・無)	
常用服用薬	お薬手帳、または最新のお薬情報をコピー			アレルギー		
かかりつけ病院名	①			担当医師名		
かかりつけ病院名	②			担当医師名		
搬送先希望病院名	① ② ③					
要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 介護なし ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5					
①緊急 連絡先 (家族等)	氏名		続柄	TEL		
	住所				メール	
②緊急 連絡先 (家族等)	氏名		続柄	TEL		
	住所				メール	
健康保険証番号				有効期限	年 月 日	
医療受給者番号				有効期限	年 月 日	
後期高齢者保険者番号				有効期限	年 月 日	
心臓マッサージ： ☐ する ☐ しない 延命： ☐ する ☐ しない 挿管： ☐ する ☐ しない 人工呼吸器： ☐ する ☐ しない				以上については、令和 年 月 日現在の情報です。 月 日現在の情報です。		

情報提供表は、救急隊員にお渡しください。