

※ 登録番号	
--------	--

←ここは記入しないでください。

○救急情報

フリガナ		血液型	A・B・O・AB	RH式 + ・ -
本人氏名		本人住所	草加市	
性別	男 ・ 女	電話番号	()	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	緊急時の 自宅進入口		
世帯	単身世帯 ・ 高年者のみ世帯 ・ その他 ()			

○医療情報

かかりつけ 医療機関	医療機関名		所在市区町	電話番号	
	①		市 区・町	()	
	②		市 区・町	()	
	③		市 区・町	()	
持病	①		④		
	②		⑤		
	③		⑥		
飲んでいる薬	血流を良くする薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	インスリン注射 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項 アレルギー等	
健康保険・種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			保険証番号	

○緊急連絡先情報

氏名	関係 ()	住所	
電話 (日中)	()	電話 (夜間)	()

氏名	関係 ()	住所	
電話 (日中)	()	電話 (夜間)	()

○福祉情報

介護認定	なし 要支援 1・2	民生委員 ①担当者名 ②電話番号	①
	要介護 1・2・3・4・5		② ()

この用紙に記載した情報と取扱いについて、次の事項に同意します。

- ①この情報は草加八潮消防局へ提供すること。
- ②この情報は必要に応じ、民生委員、地域包括支援センターへ情報提供し、見守り活動に活用すること。
- ③草加八潮消防局及び搬送先の医療機関が、この情報を救急活動に活用すること。
- ④救急活動によっては、この情報を活用しない場合もあること。
- ⑤かかりつけ医療機関があっても、他の病院に救急搬送される場合があること。
- ⑥救急隊が登録証を捜すために、手荷物を開ける場合があること。

新規・更新 登録申請日 年 月 日

本人氏名	印
------	---