



# 緊急連絡カード

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

緊急時、このカードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

## 本人情報

氏名 <small>ふりがな</small>	性別	生年月日	血液型
	男・女	明・大 昭・平 年 月 日	A・B・O・AB 型 RH (+・-)
電話番号	住所		
( )	五所川原市		

## 医療情報

現在、治療中の病気 および医療機関	病名	医療機関
今までにかかった病気	無・有(心臓病、糖尿病、脳卒中、その他: )	
常用している薬 (薬の名前)		
アレルギーは? 手術をしたことは?	無・有(卵、そば、小麦粉、その他: ) 無・有(病名: 年頃)	
関わりのある福祉事業所等	名称:	電話
その他伝えたいこと		

## 緊急連絡先

氏名 <small>ふりがな</small>	電話	住所	本人との 関係

# もしもの時に役に立つ 緊急連絡カードをご活用ください

## 緊急連絡カードとは？

救急車を呼ぶ事態になった時など、いざという時のために必要な情報をあらかじめ書き留めておくのが「緊急連絡カード」です。

このカードを救急隊員などに渡すことで、医療機関への搬送時間の短縮や救命率の向上、後遺症の軽減にもつながることが期待できます。

本紙P8の大きなカード(A4版)は、冷蔵庫や電話機の前など目のつくところに貼るなどしてお使いください。また、P9,10の小さなカードは切り取ってご家族各自が携帯するなどしてお役立てください。

なお、このカードは、市役所や消防本部のホームページからもダウンロードできます。必要枚数をダウンロードしたり、この広報紙をコピーするなどしてご利用ください。

\*市役所市民課および各総合支所窓口などでもお配りしています。

## 記入方法

### 本人情報について

- ▷氏名欄……ふりがなを忘れずに記入してください。
- ▷生年月日…該当する年号を○で囲み、年月日を記入してください。
- ▷血液型……該当する血液型を○で囲んでください。できればRH式も記入してください。
- ▷電話番号…固定電話でも携帯電話でも結構です。
- ▷住 所……アパート名、部屋番号まで記入してください。

### 医療情報について

- ▷現在、治療中の病気および医療機関  
複数記入しても構いませんが、優先順位の高い病院から順に記入してください。
- ▷今までにかかった病気  
以前かかった病気がある場合は「有」に○を付け、病名を記入してください。
- ▷常用している薬…薬の名前がわかる場合は正確に記入してください。
- ▷アレルギーは？  
アレルギーがある場合は、「有」に○を付け、アレルギー物質を記入してください。
- ▷手術をしたことは？…手術歴がある場合は「有」に○を付け、病名と手術した年を記入してください。
- ▷関わりのある福祉事業所等  
福祉サービス(介護・障がい等)を利用している場合は、名称および連絡先電話番号を記入してください。
- ▷その他伝えたいこと…特に注意して欲しいことや緊急連絡先についての補足事項について記入してください。

### 緊急連絡先について

ご家族以外の方でも構いませんが、本人の状況を把握している方を優先して記入してください。電話番号は日中と夜間つながる番号を記入してください。

本人が記入できない場合は、ご家族に記入してもらってください。

緊急連絡カードの内容は、常に確認し、状況が変わった場合は、修正するようにしてください。

### 緊急連絡カードに関するお問い合わせ

消防本部警防課 TEL(35)2023

市役所 TEL(35)2111 健康推進課 内線2362 / 総務課 内線2112

# 【記載例】 緊急連絡カード

記入年月日 平成29年 2月 10日

緊急時、このカードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

## 本人情報

氏名 ふりがな ごしよ いちろう 五所 一郎	性別 男・女 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日 明・大 25年4月1日 昭平	血液型 A・ <input checked="" type="radio"/> B・O・AB 型 RH <input checked="" type="radio"/> +・-
電話番号 0173 ( 35 ) 〇〇〇〇	住所 五所川原市 字岩木町〇〇番地		

## 医療情報

現在、治療中の病気 および医療機関	病名 高血圧	医療機関 〇〇医院
今までにかかった病気	無・ <input checked="" type="radio"/> 有(心臓病、糖尿病、脳卒中、その他: )	
常用している薬 (薬の名前)	降圧薬、インスリン	
アレルギーは? 手術をしたことは?	無・ <input checked="" type="radio"/> 有(卵、そば、小麦粉、その他: エビ ) <input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有(病名: 年頃)	
関わりのある福祉事業所等	名称: 〇〇支援センター 電話 0173-35-XXXX	
その他伝えたいこと	長女は日中仕事なので、携帯090-〇〇〇〇-XXXXへペースメーカー使用中	

## 緊急連絡先

氏名 ふりがな	電話	住所	本人との関係
あおもり はなこ 青森 花子	0172-53-XXXX	五所川原市金木町〇〇1-1	長女
ごしよ たろう 五所 太郎	0173-62-XXXX	五所川原市磯松〇〇10-1	兄
そうむ じろう 総務 次郎	0173-55-XXXX	五所川原市松島町〇〇100-1	民生委員