

# 救急情報シート

記入日： 年 月 日

※太枠内を事前に記入して保管し、救急要請時に救急隊へ渡して下さい。

ふりがな		男	生年月日	
氏名		女	H・R	年 月 日
住所			☎	

病気 アレルギー			
現在の病状等			
服用している薬			
エピペン処方	有・無	エピペン保管場所	

	かかりつけ医療機関	主治医	病名
①			
②			
③			

緊急連絡先		下記の緊急時連絡の依頼について、了承いたします。保護者名		
優先順位	ふりがな 氏名	続柄	緊急時連絡先	勤務先情報
①				
②				
③				

※病状または医療機関の受入れ状況により、通院、かかりつけ以外への医療機関に搬送となる場合があります。