

竹田市救急情報シート 登録申請書兼同意書

登録番号：竹・荻・久・直（No. ）※登録番号は消防本部で記載します。

個人情報に関する確認事項

救急情報シートは竹田市消防本部で厳重に保管し、救急車を要請した場合のみに使用します。
このシートの情報が、竹田市消防本部に登録されることに同意のうえ提出をお願いします。

竹田市長 様

作成日： 令和 年 月 日

記入者氏名

本人とのご関係： 本人・その他()

※ご家族、関係者でも記入できます。

① 基本情報

住所	フリガナ 氏名		性別
生年月日	電話	自宅	0974 — —
年 月 日		携帯	— —

② 緊急時連絡先

救急車で運ばれた時に連絡してほしい人(優先順に記入)

氏 名	ご関係	電話番号	住所（市町村まで）
①		昼間	
		夜間	
②		昼間	
		夜間	
③		昼間	
		夜間	

③ 利用中の居宅介護支援事業所

現在介護サービスを利用している方のみご記入ください。

事業所名	電話番号 —
ケアマネジャー 氏 名	

⇒ここまで記入したら、

かかりつけ医が市内又は豊後大野市民病院の方 ➡ かかりつけ医へ提出

かかりつけ医が上記以外又はいない方 ➡ 裏面④の分かる項目だけを記入し高齢者福祉課へ提出

④ かかりつけ医療機関医療情報記入者氏名（）

名 称			担当医	
治療中の 病 名				
その他通院中 の医療機関・ 病名				
既往歴・ 入院歴				
その他特記 医療情報	ペースメーカー・シャント(右・左)・酸素（ ℓ）・インスリン			
	人工関節【股関節（右・左）・膝関節（右・左）・肩関節（右・左） その他（ ）】・麻痺【上肢（右・左）・下肢（右・左）】 その他（ ）			
アレルギー	無 ・ 不明		有（薬剤・金属・食品・その他） （ ）	
癌の告知	無 ・ 不明 ・ 有（ ）			

⑤ 情報提供（医療機関記入欄）

DNAR についての 連絡先	有 ・ 無	担当医	電話番号
		疾患名	最終確認日
		令和 年 月 日	

竹田市救急情報シート 登録申請書兼同意書

登録番号：竹・荻・久・直（No. ）※登録番号は消防本部で記載します。

基本情報記入例

個人情報に関する確認事項

救急情報シートは竹田市消防本部で厳重に保管し、救急車を要請した場合のみに使用します。
このシートの情報が、竹田市消防本部に登録されることに同意のうえ提出をお願いします。

竹田市長 様

作成日： 令和 年 月 日

記入者氏名

本人とのご関係： 本人・その他（

※ご家族、関係者でも記入できます。

記入が困難な場合は
医療機関やケアマネジャー
の方がご記入ください。

① 基本情報

住所	フリガナ 氏名	たけた たろう	性別
竹田市大字竹田〇〇〇番地	竹田 太郎		男
生年月日	電話	自宅	携帯
昭和 〇年 〇月 〇日		0974 — —	— —

② 緊急時連絡先

救急車で運ばれた時に連絡してほしい人（優先順に記入）

氏 名	ご関係	電話番号	住所（市町村まで）
① 竹田 花子	妻	昼間 111-1111-1111	竹田市大字会々
		夜間 2222-2222-2222	
② 竹田 次郎	子	昼間	大分市野津原町
		夜間 3333-3333-3333	
③		昼間	
		夜間	

ご家族または関係者で緊急時に連絡のつく方を
優先順に記入して下さい。住所は緊急時に病院へ
到着する時間の目安となります。

③ 利用中の居宅介護支援事業所

現在介護サービスを利用している方のみご記入ください。

事業所名	竹田介護事業所
ケアマネジャー 氏 名	救急 太郎
	電話番号 63 — 〇〇〇〇

⇒ここまで記入したら、

かかりつけ医が市内又は豊後大野市民病院の方 ➡ かかりつけ医へ提出

かかりつけ医が上記以外又はいない方 ➡ 裏面④の分かる項目だけを記入し高齢者福祉課へ提出

※※※ () 様 医療情報記入欄

医療機関の方が記入

④ かかりつけ医療機関 医療情報記入者氏名 (

名 称	岡城病院	担当医	内科 岡城 五郎
治療中の病名	心不全 脳梗塞 肺癌		
その他通院中の医療機関・病名	〇〇循環器病院 (心筋梗塞)		
既往歴・入院歴	平成20年 肺癌 〇△病院 平成25年 心筋梗塞 入院 〇〇循環器病院 平成30年 脳梗塞 入院 △△脳神経外科病院 令和2年 右大腿骨骨折 岡城病院		
その他特記医療情報	ペースメーカー・シャント(右・左)・酸素()・インスリン 人工関節【股関節(右・左)・膝関節(右・左)・肩関節(右・左) その他()】・麻痺【上肢(右・左)・下肢(右・左)】 その他()		
アレルギー	無 ・ 不明	有 (薬剤・金属・食品) (牛肉)	その他
癌の告知	無 ・ 不明 ・ 有 (肺癌)		

内科、外科などで複数の医師にかかっている場合は各医師名を記入ください。

貴医療機関で治療中の疾患を記入ください。

循環器疾患等、専門医に紹介した病院があれば記入ください。

がんや心筋梗塞等を発症していた場合は、発症年を記入ください。

搬送時の参考になりますので、ペースメーカーや人工関節、麻痺等の有無について、記入ください

※医療機関以外の方は記入しないでください。

D N A R (Do Not Attempt Resusciation (心肺停止状態になった時に二次心肺蘇生措置を行わないこと))を宣言されていない方は(無)に○を付け、他の記入はしないでください。D N A Rを宣言されている場合は(有)に○を付け、担当医名等を記入して下さい。電話番号は救急隊が医師へ確認の際に使用しますので、夜間でもつながる番号をお願いします。D N A Rを最終確認した日付を記

⑤ 情報提供 (医療機関記入欄)

D N A R についての連絡先	有	担当医	電話番号
	無	疾患名	最終確認日
		令和 年 月 日	