

竹田市救急情報シート

登録番号：竹・荻・久・直（No. _____）

※登録番号は消防本部で記載します。

個人情報について

救急情報シートは救急車を要請した場合のみに使用し、消防署で厳重に保管いたします。
救急情報シートを竹田市消防本部に事前登録されることにご理解をお願いします。

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	氏名		
生年月日	電話	自宅	— —
		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

氏名	ご関係	電話番号	住所（市町村まで）
		昼間	
		夜間	
		昼間	
		夜間	
		昼間	
		夜間	

③ 利用中の居宅介護支援事業所

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を記入して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 気			
紹介した 医療機関			
特 記 医療情報			
アレルギー の有無	アレルギー	有 無	() ()
癌の告知 の有無	癌の告知	有 無	()

⑤ 医療保険 (医療機関または行政記入欄)

保険者番号						
被保険者証	記号		番号		枝番	

⑥ 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	記入年月日 令和 年 月 日

竹田市救急情報シート

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

個人情報について

救急情報シートは救急車を要請した場合のみに使用し、消防署で厳重に保管いたします。
救急情報シートを竹田市消防本部に事前登録されることにご理解をお願いします。

作成日： 令和 4 年 6 月 1 日

記入者氏名

本人とご関係： 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 竹田市大字竹田〇〇〇番地	氏名 竹田 太郎	性別 男
生年月日 昭和〇年〇月〇日	電話 自宅 0974 - 11 - 1111 携帯 - -	

② 緊急時連絡先

救急車で運ばれた時に連絡する人

氏名	ご関係	電話番号	住所(市町村まで)
竹田 花子	妻	昼間 0974-11-1111	竹田市大字会々
		夜間 222-2222-2222	
竹田 次郎	子	昼間	大分市野津原町
		夜間 333-3333-3333	
		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ご記入下さい。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

介護サービスを受けている方はご記入ください。

事業所名 竹田介護事業所	電話番号 63 - ××××
ケアマネジャー氏名 救急 太郎	

ご利用中の介護事業所について記載してください。利用がなければ記入は不要です。

⇒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を記入して高齢者福祉課へ提出**

医療機関記入例

④ かかりつけ医療機関 医療情報記入者氏名 (

名称	岡城診療所		担当医	内科 岡城 五郎
治療中の病 気	心疾患、脳疾患（脳梗塞 H30年1月1日）			
紹介した医療機関	〇〇循環器病院 〇〇脳神経外科病院			
特記医療情報	ペースメーカー 右片麻痺			
アレルギーの有無	アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有	無	(甲殻類)
癌の告知の有無	癌の告知	<input checked="" type="radio"/> 有	無	(大腸がん)

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ご記入ください。

貴医療機関で治療中の疾患をご記入ください。過去に脳卒中を発症していた場合は、発症年月日をご記入ください。

循環器疾患等、専門医に紹介した病院があればご記入ください。

搬送時の参考になりますので、人工関節やペースメーカー、シャント、麻痺の有無などについてご記入ください。

⑤ 医療保険 (医療機関または行政記入欄)

保険者番号				
被保険者証	記号		番号	

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。

⑥ 情報提供 (医療機関記入欄)

DNAR についての連絡先	<input checked="" type="radio"/> 有	担当医 岡城 五郎	電話番号 63-0000
	<input type="radio"/> 無	疾患名 大腸がん末期	記入年月日 令和 4 年 6 月 1 日