

同居者の多い
世帯は本人の
顔写真を貼付
してください

救命情報シート

(各人ごと作成してください)

(変更時は速やかに更新してください)

| | | | |
|------|---|---|---|
| ●作成日 | 年 | 月 | 日 |
| ①更新日 | 年 | 月 | 日 |
| ②更新日 | 年 | 月 | 日 |
| ③更新日 | 年 | 月 | 日 |
| ④更新日 | 年 | 月 | 日 |

1. 対象者

| | | | | |
|----------------|--|------|----------------|----|
| ふりがな 氏名 | 性別 | 男・女 | 血液型 | 型 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日生 |
| 電話番号 | - - | 携帯電話 | - - | |
| 住所 | 保土ヶ谷区 | | | |
| 世帯形態 | 同居者数 | 人 | (同居者の内70歳以上の数) | 人) |
| 身体の状況 | (持病・傷害の状況、過去にかかった病気、手術等・体内に埋め込まれている機器・アレルギーの有無等) | | | |
| 服薬の内容 (薬名等) | (「お薬手帳」・「医師の処方箋による薬の明細書」の添付している場合は記載不要です。) | | | |

2. 現在通院(入院)している医療機関

| 医療機関名(病院名) 診察券番号 | 診療科名 担当医 | 病名 | 医療機関の電話番号 |
|---------------------|-------------|----|-----------|
| () | 科 医師 | | - - |
| () | 科 医師 | | - - |
| () | 科 医師 | | - - |
| () | 科 医師 | | - - |

*更新時に記入場所が不足した時は他の用紙に記入し添付してください。

裏に続く→

3. 緊急連絡先（親族・友人・ヘルパー等）

| 氏名 | 続柄 | 住所・勤務先等 | 電話番号 |
|----|----|---------|------|
| | | | - - |
| | | | - - |
| | | | - - |
| | | | - - |
| | | | - - |

4. 指定居宅介護支援事業者（ケアマネージャー等）

| 事業所名 | 担当者 | 所在地 | 電話番号 |
|------|-----|-----|------|
| | | | - - |
| | | | - - |
| | | | - - |

5. 地区担当の民生委員

| 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|----|----|------|
| | | - - |

6. 支援者（救急隊員・消防隊員・警察官等）への伝言など

（記入用紙面）

7. 救命情報力プセルの確認事項

- (1) 緊急時において、冷蔵庫の扉や玄関ドアの内側に案内シールが貼られている時は、本人または同居人等の同意を得ることなく、冷蔵庫を開けて「救命情報力プセル」を取り出します。
- (2) 救命情報力プセルは、支援者（消防隊員、救急隊員、警察官等）が救命活動に必要と判断した場合に活用します。
- (3) 現在通院している医療機関が救急病院であっても、他の病院に搬送される場合があります。
- (4) 更新時に記入場所が足りない時は、別用紙に記入してシートに添付してください。
- (5) 救命情報力プセルには、預金通帳や印鑑等は入れないでください。