救急医療情報シート

■本人に関する基本情報 記入日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 血液型 | 平熱 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 | RH　＋　－　型 | 度 | 年　　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

■緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | ご関係 | 電話番号 | 備考 |
| （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
| （　　　　　　　　　　） |  |  |  |

※緊急連絡先が勤務先の場合には、勤務先名と呼び出し方法（所属部署）などをご記入ください。

■医療機関（かかりつけ医を筆頭に、よく受診する医療機関等をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 担当科 | 担当医 | 利用頻度・診察内容など |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

■医療情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルギー | * なし
* あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 | 【現在服用中の薬】薬品名・分量・服用頻度・効能等） |
| 服用薬 | □薬剤情報のコピーを提出します□自分で記入します・・・右欄に記入□服用中のお薬はありません |
| てんかん発作 | * なし
* あり・・・ありの場合は右欄に簡単に発作の様子をご記入のうえ、別紙「てんかん情報シート」にご記入いただきます。
 | 【てんかん発作の型、〈頻度、対処法】 |
| その他 |  |

※この医療情報シートは、来所中にお子さんが急な体調不良などになった場合に使用します。情報が変わったら、必ず教えてください。