

救急安心お願いカード（個人用）

救急安心お願いカード



■私の名前は

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ
血液型: A型 B型 AB型 O型
住 所: _____

自 宅: _____
 携 帯: _____

■私が緊急の時は、ここに連絡してください

①氏名: _____

続柄: _____

自 宅: _____

携 帯: _____

②氏名: _____

続柄: _____

自 宅: _____

携 帯: _____

■消防署（119）に緊急通報する時は！！

①「救急車」の要請であることを伝えます

②救急車が向かう場所の住所を伝えます
・郡山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
・住所がわからないときは目標物を伝えます

③自宅であれば世帯主名を伝えます

④救急車を要請した概要を伝えます
「いつ、だれが、どうした」

■カードは表と裏でひとつになっていますので、印刷するときは、両面印刷で行います。

■必要事項を記入してから太枠に沿って切り出し、折りたたんで使用します。

■急病のときに救急隊員等に手渡してください。

■お出かけの時には携帯すると便利です。

■救急車を呼ぶことに迷ったら、「#7119」で救急電話相談してください。

個人情報記載例

氏 名：郡山 花子（こおりやま はなこ）
生年月日：昭和〇〇年 △月 □日生まれ
血液型： A型 B型 (AB型) O型
住 所：郡山市安心町〇〇番〇〇号
電 話
自宅：024-9000-0000
携帯：090-0000-0000

緊急連絡先記載例

非常時に連絡の取れる方のお名前・続柄・電話番号を記入してください。

氏 名：〇〇 〇〇
続 柄：本人との関係（妻・夫・兄・姉・友人など）
電 話
自宅：024-9000-0000
携帯：090-0000-0000

注意してください

①消防署、医療機関、市役所を装った個人情報の問い合わせには、十分注意してください。

②必要に応じて内容の見直しをしてください。

③カードへの記入及び携帯等は任意です。

■「既往歴や現在治療中の病気」と「かかり付け医療機関名」

これまでに治療を受けたことのある病名や現在治療中の病名、かかり付け医療機関名を記入してください。

※既・現のどちらかに、○を表示してください。
 ※服用している薬の名前を記入してください。
 (例)

病名	医療機関名
既・ <input checked="" type="radio"/> ○×△病	郡山○○△病院
薬名 (○○△△123)	

■日頃の血圧を記入してください。
 (例)

日頃の血圧
130 / 80

■アレルギー情報を記入してください。
 (例)

アレルギー (<input checked="" type="radio"/> 有 無)
△○○△ ○○△△□□

■その他、救急隊員や医師等に伝えたいことを記入してください。

■個人情報利用承諾

個人情報の利用について意思表示をお願いします。

■ドナーカード (臓器提供意思表示カード)
 ドナーカードの有無をお書きください。

■「既往歴・治療中の病気名」と「かかり付け医療機関名」

病名	医療機関名
既・現	
薬名	
既・現	
薬名	
既・現	
薬名	

※適宜内容の見直しを行ってください。

■血圧

日頃の血圧
/

■アレルギー情報

アレルギー (有 無)

■その他

その他伝えたいこと

■署名

救急隊や医療機関に、カードの情報を伝えることに同意します。

年月日: 年 月 日

氏名: _____

■ドナーカード 有 無