

救急医療情報キットについて

ボトルの使い方

①登録票に記載して

記入年日: 年 月 日

わからぬ場合は記入しないでください。

取扱注意

氏名		生年月日	性別	血液型
ふりがな	かしわ たろう	明治・大正(昭和)平成	男)女	型
	柏 太郎	10年 〇月 〇日 (76歳)		
電話番号		住所		
(7100) □□□□		柏市 柏5-10-1		

マンション名、部屋番号まで必ず記入してください。

「医療情報」

かかりつけ病院名 ①	〇〇 病院	②	□□ 医院
受診科目・担当医	内科 × × 医師		△ △ 医師
所在地	柏市 〇〇 1-2-3		柏市 〇〇 5-6-7
電話番号	(71□□) 〇〇〇〇		(71□□) 〇〇〇〇
かかっている病気	高血圧、糖尿病		
病歴	脳卒中		
服薬内容	*****		
特記事項	・アレルギーの有無【(有) (具体的に: たまご そば) ・無】 ・障害の有無【有 (身体・知的・精神) ・無】		

・病院名などは、身体状況をよく知っている病院を優先して記入してください。
 ・現在、かかっている病気、以前かかったことのある病気も記入してください。

アレルギーのある方は、その内容をわかる範囲で記入してください。

ご自身の状況を把握している方を優先して記入してください。

「緊急連絡先」

氏名	本人との続柄	電話番号	住所
① 柏 花子	子	090(〇〇〇〇)□□□□	柏市 柏5-10-1
② 柏 次郎	弟	090(〇〇〇〇)□□□□	柏市 △△ 4-5-6
③			
民生委員	担当者	電話番号	
			担当の民生委員さんを記入してください。
支援事業者	名称		
	担当者		利用されている介護支援施設、障害者支援施設などを記入してください。

災害時、避難支援を行う支援者がわかっている場合は名前・連絡先などを記入してください。

「防災福祉K-Netの情報」

・要援護者登録の有無【(有) ・無】

・支援者の氏名等【 】

救急隊へ伝えたい事項・その他

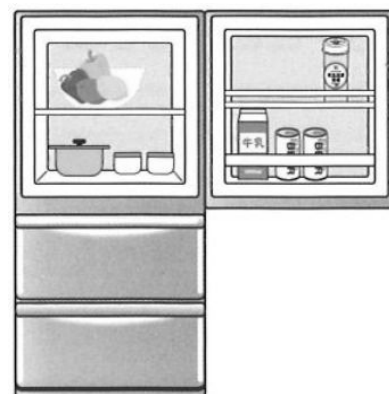
特定の病院でしか対応できない持病、感染症などがある場合、救急隊に伝えたいことを記入してください。

※容器の中には、かかりつけ病院の診察券の写し、薬剤情報提供書の写し、健康保険証の写しなどを一緒に入れておくと、病院への連絡がスムーズに行えます。

②ボトルの中に入れ



③冷蔵庫に入れる



④災害時、避難するときには、このボトルも一緒に持ち出します。

支援者や、町会・自治会の担当者が、各要支援者の個人情報を預からず済みますので、負担が減ります。

また細かい情報を開示したくない要支援者にとっても便利なボトルです。

柏市は平成23年2月から日本赤十字社千葉県支部の協力を得てK-Netに登録しているかたに配布しています。