

# 葛飾区 救急連絡情報用紙

作成日 年 月 日  
変更 年 月 日

※裏面を参照のうえ、ご記入ください。

この部分は、ご本人(家族)が記入してください。

氏名(フリガナ)	生年月日	性別	血液型
	明治・大正・昭和 年 月 日	男・女	型 Rh(+・-)
住所	電話番号		
葛飾区	( )		

## 緊急連絡先(キーパーソン)

連絡先氏名(フリガナ)	続柄	電話番号	住所
		( )	
		( )	
介護支援事業者名	担当者	電話番号	住所
		( )	
調剤薬局	担当者	電話番号	住所
		( )	

## 医療情報

\*医療情報について、記載内容等が判らなかった場合、  
かかりつけ医療機関(葛飾区医師会所属医療機関)にご相談ください。

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
主治医・担当科		
所在地		
電話番号		
主病名		
その他の持病		
主な服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

## KDAS(かつしか在宅医療サポート搬送入院システム)への登録

無し・有り→登録病院( )

KDAS搬送事業に登録希望の際は、かかりつけ医療機関にご連絡ください。

※容器内に、保険証や診察券の写し、ご本人の写真、薬剤情報提供書の写しなども入れてください。

### 同意書

容器内の情報を、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することを同意します。  
また、KDAS利用の際は、容器内の情報が、登録病院・病院救急車保有病院・葛飾区医師会に送付されることを同意いたします。

年 月 日

本人氏名自署

(代理者記載の場合:代理者氏名 続柄: )