

様式第1号(第2条関係)

救急情報登録連絡書

(年 月 日作成)

(年 月 日変更)

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性 別	血液型
	明・大・昭 年 月 日	男 女	型 Rh+ Rh-
電 話 番 号	住 所		
() -	津島市		

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
名 称		
科目及び担当医		
所在地		
電話番号		
	かかりつけ医療機関 ③	かかりつけ医療機関 ④
名 称		
科目及び担当医		
所在地		
電話番号		

	緊急連絡先	続 柄	電 話 番 号
①	氏名		電話 () -
	住所		携帯 () -
②	氏名		電話 () -
	住所		携帯 () -
③	氏名		電話 () -
	住所		携帯 () -

持 病	服薬内容(処方箋など)

そ の 他 (特記事項)

救急情報に記載された内容を、救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。また必要があるときは津島市個人情報保護条例に基づいて対応します。

(個人情報の取り扱いについては、津島市個人情報保護条例第10条に基づきます)

年 月 日 氏名

(代理者)