

ひらかた安心カプセル救急医療情報カード

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	年	月	日	血液型	A・B・O・AB型、Rh() 不明
住所	枚方市				
電話・FAX	TEL :		FAX :		
携帯電話					
現在の身体 の状況					
服薬内容	※カプセル内に薬剤情報提供文書を封入していただいても結構です。				
お薬手帳の 保管場所					

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話	住所
①				
②				
③				

かかりつけ医療機関・薬局

	名称	科目・担当医	所在地	電話番号
①				
②				
③				
④				

居宅介護支援事業所等

	事業所名	担当者名	所在地	電話番号
①				
②				

※私は、ひらかた安心カプセル内の情報を、救急隊、消防隊及び搬送先の医療機関等が
使用することに同意します。 本人氏名 _____