

下諏訪町緊急時駆けつけサービス事業利用登録票

1. 利用者

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所	ふりがな		
電話番号		携帯電話	

※記入内容について、受託者から電話確認させていただく場合があります。

2. 暗証番号(位置情報サービスを利用する際に使用する暗証番号)

暗証番号				
------	--	--	--	--

※4桁の暗証番号を記入

3. 親族等連絡先(受託者及び搬送先病院等から緊急事態に際して連絡する親族等)

親族等 連絡先	優先順位①	氏名	ふりがな	続柄
		住所	ふりがな	
		電話番号①		電話番号②
	優先順位②	氏名	ふりがな	続柄
		住所	ふりがな	
		電話番号①		電話番号②

4. 申請者の救急情報

(注意: 緊急事態等に際して、搬送時や搬送先の医療機関等へ伝える情報となるので、記入できるところは全て記入すること)

(1) 基本情報

血液型(該当に○印)	A型・B型・O型・AB型・不明 ※Rh-などの血液型の場合は、(4)注意事項②に記入すること。
通常血圧	(最高 / 最低) ※健康診断や手持ちの血圧計等の測定値を記入すること。

(2) アレルギー症状(薬や食物アレルギーがある場合は、具体的に記入すること。)

アレルギー	
-------	--

(3) 注意事項①(かかりつけ医等から特に注意されていることを記入すること。)

内 容	

(4) 注意事項②(その他、健康面で特に伝えておきたいことを記入すること。)

内 容	

(5) 現在通院中の病気やケガと医療機関(病院の場合は、診療科・医師名を記入すること。)

※記入日現在、特定の病気やケガにより継続的に治療を受けている傷病名等を記入すること。
歯科医院への通院や、風邪等の一時的な感染症による治療、通院については、記入不要。

①	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	
②	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	
③	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	

(6) 過去5年以内に入院した病気やケガと医療機関

※記入日から遡って5年以内に入院を伴う治療を受けた傷病名等を記入すること。

ただし、同じ傷病名で現在も治療中の場合は、(5)に記入すること。

①	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	
②	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	
③	傷病名(手術)		担当医師名	
	医療機関名		電話番号	

記載事項が事実と相違ないことを確認の上、記載内容について受託者へ提供することに同意します。

年 月 日 利用者氏名

㊞

..... 受託者使用欄

下諏訪町緊急時駆けつけサービス事業				
受託者使用欄	マイドクタープラス	見積番号		契約番号
		電話番号	—	—
	マイドクタープラス Tコード	T		