

万一のために安心カプセルを冷蔵庫へ備えておきましょう

救急医療情報キット(安心カプセル)安心カードの更新について

町では、平成26年度より各自治区からの要望を受け、救急医療情報キット(安心カプセル)の配布について、各区を通じて行ってきました。また、町が配布を行う以前より、独自に導入を行ってきた自治区もあり、各家庭の冷蔵庫への保管を呼びかけてきました。

安心カプセルの中には、このページの裏面にある「安心カード」(ご本人の情報、かかりつけの医療機関、身体の状況や病名、緊急連絡先などを記入)がセットされていますが、ご記入いただいた情報が年々古くなることから、定期的な更新をおすすめしています。

更新する際は、下記の記入例を参考に、裏面の「安心カード」に直接ご記入いただくか、必要な枚数をコピーしてご利用ください。

なお、転入された方で、まだ安心カプセルが配布されていない世帯については、お住まいの地区の区長にご連絡をお願いします。以前からお住まいの方で、安心カプセルが配布されていない、または、見当たらない場合についてもご連絡をお願いします。

記入例

安心カード

救急車・消防 連絡先は **119** 緊急時はこのカードを提示してください

【ご本人の情報】 記入日/令和3年9月1日

| | | | |
|-------------------|------------------------|---|------------------------------|
| ふりがな 氏名 | さかき たろう 坂城 太郎 (男・女) | 生年月日 | (大正・昭和・平成・令和) 10年10月10日 |
| 住所 | 坂城町大字 坂城10000-1 | 電話 82-XXXX-XXXX 携帯電話 090-1111-0000 | 血液型 A・B・AB・O Rh(+)・(-) |
| 代筆者 ふりがな 氏名 | (続柄) | その他(伝えたいこと) | |
| 代筆者 住所 | 電話 | | |

※代筆された場合は、代筆者名をお書きください。

障がいの手帳、特定疾病医療費受給者証などをお持ちの方は「写し」を容器に入れてください。

| | |
|-----------------------|--|
| 身体の状況 (持病・障がいの状態等) | 持病…ぜんそく・高血圧・心臓病 障がいの状態…腎機能障害(人工透析)・聴覚障害 |
|-----------------------|--|

| | |
|-------|----------------------|
| アレルギー | あり…何のアレルギーですか? なし |
|-------|----------------------|

ハウスダストなどの環境アレルギー、たまごなどの食物アレルギー、造影剤などの薬アレルギーを記入してください。

| | |
|---------|--|
| 常用している薬 | |
|---------|--|

書ききれない場合は薬情報提供書やお薬手帳の「写し」を容器に入れてください。

| | |
|-----------|--------------|
| かかりつけの病院 | 坂城病院 |
| 診療科 | 整形外科 坂城 一郎 |
| 病院電話番号 | 0268-82-□□□□ |
| 診察券番号 | 000123456 |
| 今かかっている病気 | 腰痛 |

| | |
|------------|-------------------------------------|
| 緊急連絡先 | |
| ふりがな 氏名 | さかき はなこ 坂城 花子 (続柄 子) (同居の有無 有・無) |
| 住所 | 坂城町大字坂城10000-1 電話 080-2222-△△△△ |
| ふりがな 氏名 | (続柄) (同居の有無 有・無) |
| 住所 | 電話 |

日中・夜間つながる電話番号をお書きください。

※このカードに記入された個人情報は、救急・災害時以外には使用いたしません。 坂城町

◎問い合わせ先
企画政策課まち創生推進室
☎8213111(内線223)
直通7516211

安心カード

救急車・消防
連絡先は

119

緊急時はこのカードを提示してください

【ご本人の情報】

記入日／令和 年 月 日

| | | | | |
|------------|------------|------|------|------------------------|
| ふりがな 氏名 | | | 生年月日 | (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 |
| 住所 | 坂城町大字 | 電話 | 血液型 | A・B・AB・O |
| | | 携帯電話 | | Rh (+・-) |
| 代筆者 | ふりがな 氏名 | (続柄) | | その他(伝えたいこと) |
| | 住所 | 電話 | | |

※代筆された場合は、代筆者名をお書きください。

| | | |
|-----------------------|------------------------|--|
| 身体の状況 (持病・障がいの状態等) | | |
| アレルギー | あり … 何のアレルギーですか? なし | |
| 常用している薬 | | |
| かかりつけの病院 | | |
| 診療科 担当医 | | |
| 病院電話番号 | | |
| 診察券番号 | | |
| 今かかっている病気 | | |

【緊急連絡先】

| | | |
|------------|------|-------------|
| ふりがな 氏名 | (続柄) | (同居の有無 有・無) |
| 住所 | 電話 | |
| ふりがな 氏名 | (続柄) | (同居の有無 有・無) |
| 住所 | 電話 | |

※このカードに記入された個人情報は、救急・災害時以外には使用いたしません。

坂城町