記入例

医療情報等確認書　　利用者氏名（ 桜川　太郎

医療保険の名称	1 国民健康保険　2 社会保険 3 共済保険　④ 後期高齢者医療保険 5 生活保護　6 その他（　　）		
保険証記号	-	保険証番号	００００００１
保険者番号	３９０８２３１８		

かかりつけ医療機関	名　称	電話番号	診療科・病歴・薬
	○○病院	0296-■■-□□□□	内科 慢性腎不全 △△錠・■■錠 透析（月・水・金）
	○○整形外科医院	029-△△△-■■■■	整形外科 変形性膝関節症

訪問介護 通所介護などの利用

利用しているサービスに○をつけてください

① 訪問介護（ヘルパー）　利用日（ 月　火　水　木　㊎　土　日 ）
利用時間　１０時　００分から　１１時　００分まで

2　通所介護（デイサービス）　利用日（ 月　火　水　木　金　土　日 ）

3　その他（　　）

その他救急隊に伝えておきたいこと

・右足が曲げられない
・５年前に▲▲総合病院で手術歴がある