



申請書 兼 救急医療情報用紙 (北上市)

記入日(申請日) 令和 年 月 日

1 あなた(ご本人)の基本情報を記入してください。

住所			
(ふりがな)		生年月日	大・昭 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
電話番号		介護認定	あり ・ なし

2. あなたのかかりつけ医と病名について、あてはまる箇所には○をつけてください。 その他の場合は、()の中に記入してください。

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②
医療機関の名称	㊦ 県立中部病院 ㊧ 北上済生会病院 ㊨ 国立花巻病院 ㊩ 花北病院 ㊪ 日高見中央クリニック ㊫ ホームケアクリニックえん ㊬ その他() ㊭ かかりつけ医なし	㊦ 県立中部病院 ㊧ 北上済生会病院 ㊨ 国立花巻病院 ㊩ 花北病院 ㊪ 日高見中央クリニック ㊫ ホームケアクリニックえん ㊬ その他() ㊭ かかりつけ医なし
疾患(病名)	① 脳血管疾患 ② 心臓疾患 ③ 高血圧症 ④ 糖尿病 ⑤ 肝臓疾患 ⑥ 肺疾患 ⑦ がん(部位:) ⑧ 関節リウマチ、骨粗しょう症 ⑨ パーキンソン病 ⑩ 認知症 ⑪ その他の病気()	① 脳血管疾患 ② 心臓疾患 ③ 高血圧症 ④ 糖尿病 ⑤ 肝臓疾患 ⑥ 肺疾患 ⑦ がん(部位:) ⑧ 関節リウマチ、骨粗しょう症 ⑨ パーキンソン病 ⑩ 認知症 ⑪ その他の病気()

3. 緊急時の連絡先を記入してください。

氏名	住所	電話番号
(続柄:)		
(続柄:)		

4. その他(救急隊員や医師に知っておいてもらいたいこと)を記入してください。

伝言など	
------	--

5.いわて中部ネットの参加について 1～3のあてはまる所に○をつけてください。

1. 同意する	2. 同意しない	3. 参加している
---------	----------	-----------

私は、救急医療情報用紙の内容を北上市と地域包括支援センターが保管しておくことに同意します。

【本人氏名】 _____ 【代筆者】 _____ (続柄) _____