

『救急タグ』チェック用紙

Adobe Acrobat Reader でチェック・入力をしてデータを保存後メールにてお送り頂くか、プリントアウトしてお持ち下さい。または、プリントアウトした用紙に手書きで□を塗りつぶし、該当する項目にご記入の上ご持参下さい。

■ 既往症 / 現在治療中の病気

今までかかった病気と現在治療中の病気がありましたらチェックまたはその他に病名を入力 / 記入下さい。  
現在処方されている薬がある場合には、薬ありにチェックして下さい。

☐ 病歴はありません

|                          |         |                              |                          |
|--------------------------|---------|------------------------------|--------------------------|
| 脳・神経・感覚器・精神の病気           |         |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 脳出血     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 脳梗塞     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | くも膜下出血  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 動脈瘤     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | てんかん    | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | パーキンソン病 | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |         |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 緑内障     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 白内障     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | メニエール病  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | うつ病     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 統合失調症   | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |         |                              |                          |
|--------------------------|---------|------------------------------|--------------------------|
| 心臓・血管・血圧の病気              |         |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 高血圧     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 不整脈     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 狭心症     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 心筋梗塞    | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |         |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 動脈瘤     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 深部静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |            |                              |                          |
|--------------------------|------------|------------------------------|--------------------------|
| 肺・気管支の病気                 |            |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 喘息         | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 慢性気管支炎     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肺気腫(COPD含) | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肺結核        | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |            |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肺塞栓        | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 気胸         | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他        | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |           |                              |                          |
|--------------------------|-----------|------------------------------|--------------------------|
| 消化器の病気                   |           |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 胃・十二指腸潰瘍  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 潰瘍性大腸炎    | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | クローン病     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肝機能障害     | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肝炎(B型、C型) | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |           |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 肝硬変       | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 胆石        | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 膵炎        | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他       | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |       |                              |                          |
|--------------------------|-------|------------------------------|--------------------------|
| 腎・泌尿器・婦人科系の病気            |       |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 腎疾患   | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 尿路結石  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 卵巣嚢腫  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |       |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 子宮筋腫  | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 子宮内膜症 | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他   | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |                 |                              |                          |
|--------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|
| 代謝異常・免疫異常の病気             |                 |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病             | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 脂質異常(高脂血症)      | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 痛風              | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |                 |                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 甲状腺機能低下症(橋本病)   | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | リウマチ            | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 膠原病             | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | その他             | <input type="checkbox"/> 薬あり | <input type="checkbox"/> |

|                          |    |                              |
|--------------------------|----|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | がん | <input type="checkbox"/> 薬あり |
|--------------------------|----|------------------------------|

|                          |      |                              |
|--------------------------|------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 整形外科 | <input type="checkbox"/> 薬あり |
|--------------------------|------|------------------------------|

|                          |    |                              |
|--------------------------|----|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 難病 | <input type="checkbox"/> 薬あり |
|--------------------------|----|------------------------------|

この情報の方のお名前・連絡先をご記入下さい

※登録内容について問合せをする場合があります

|       |    |
|-------|----|
| ふりがな  |    |
| お名前   | 年齢 |
| お電話番号 |    |

※個人情報 は ICチップ に登録されません。

■ 特に注意を要する薬

使用している薬がありましたらチェックして下さい。

|                          |                    |                          |       |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 血液さらさらの薬(ワーファリン)   | <input type="checkbox"/> | 痛み止め  |
| <input type="checkbox"/> | 血圧を下げる薬(カルシウム拮抗薬)  | <input type="checkbox"/> | 医療用麻薬 |
| <input type="checkbox"/> | 血糖値を下げる薬(インスリン)    | <input type="checkbox"/> | 抗がん剤  |
| <input type="checkbox"/> | ステロイド              | <input type="checkbox"/> | 免疫抑制剤 |
| <input type="checkbox"/> | 血液さらさらの薬(ワーファリン以外) | <input type="checkbox"/> | その他   |

■ アレルギー、障害など

当てはまるものがありましたらチェックして下さい。

|                          |       |                          |                          |                                    |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| アレルギー(食物)                |       |                          |                          | <input type="checkbox"/> 食物アレルギーなし |
| <input type="checkbox"/> | 鶏卵    | <input type="checkbox"/> |                          | 甲殻類                                |
| <input type="checkbox"/> | 牛乳    | <input type="checkbox"/> |                          | ナッツ類(ピーナッツ以外)                      |
| <input type="checkbox"/> | 小麦    | <input type="checkbox"/> |                          | そば                                 |
| <input type="checkbox"/> | ピーナッツ | <input type="checkbox"/> |                          | 魚類                                 |
| <input type="checkbox"/> | 果物類   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 納豆                                 |
| <input type="checkbox"/> | 魚卵    | <input type="checkbox"/> |                          | グレープフルーツ                           |
| <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> |                          | その他                                |

|                          |          |                          |  |                                     |
|--------------------------|----------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| アレルギー(医薬品)               |          |                          |  | <input type="checkbox"/> 医薬品アレルギーなし |
| <input type="checkbox"/> | 造影剤      | <input type="checkbox"/> |  | 局所麻酔薬                               |
| <input type="checkbox"/> | 抗生物質・抗菌剤 | <input type="checkbox"/> |  | その他                                 |

|                          |    |                          |  |                               |
|--------------------------|----|--------------------------|--|-------------------------------|
| 障害                       |    |                          |  | <input type="checkbox"/> 障害なし |
| <input type="checkbox"/> | 視力 | <input type="checkbox"/> |  | 精神                            |
| <input type="checkbox"/> | 聴覚 | <input type="checkbox"/> |  | その他                           |
| <input type="checkbox"/> | 身体 | <input type="checkbox"/> |  |                               |

特記事項

|                          |                    |                          |       |                          |                     |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 酸素療法               | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> | 気管切開(TPPV)          |
| <input type="checkbox"/> | ペースメーカー・ICD挿入      | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | マスクを使用(NPPV, CPAP等) |
| <input type="checkbox"/> | 吸引                 | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | 中心静脈栄養法(高カロリー輸液等)   |
| <input type="checkbox"/> | 経管栄養法(経鼻・胃ろう・腸ろう等) | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | 輸液ポンプ使用             |
| <input type="checkbox"/> | 自己導尿               | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | 膀胱留置カテーテル・膀胱ろう      |
| <input type="checkbox"/> | 透析                 | <input type="checkbox"/> | 腹膜透析  | <input type="checkbox"/> | 血液透析                |
| <input type="checkbox"/> | 褥瘡(床ずれ)            | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> |                     |
| <input type="checkbox"/> | オストメイト             | <input type="checkbox"/> | 人工肛門  | <input type="checkbox"/> | 人工膀胱                |
| <input type="checkbox"/> |                    | <input type="checkbox"/> |       | <input type="checkbox"/> | その他                 |

|                          |        |                          |   |                          |     |                          |   |                          |   |                          |    |                          |     |
|--------------------------|--------|--------------------------|---|--------------------------|-----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 全ての手術歴 | <input type="checkbox"/> | 頭 | <input type="checkbox"/> | 白内障 | <input type="checkbox"/> | 胸 | <input type="checkbox"/> | 腹 | <input type="checkbox"/> | 整形 | <input type="checkbox"/> | その他 |
|--------------------------|--------|--------------------------|---|--------------------------|-----|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|-----|

|                          |    |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 妊娠 |
|--------------------------|----|

|      |                            |                            |                            |      |                            |                            |                            |                            |                            |
|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 介護認定 | 要支援:                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | 要介護: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 認知症  | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |                            |      |                            |                            |                            |                            |                            |

|     |                            |                            |                            |                             |      |                            |                            |      |      |      |      |       |
|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|------|------|------|-------|
| 血液型 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> AB | Rh   | <input type="checkbox"/> + | <input type="checkbox"/> - |      |      |      |      |       |
| 年齢  | 0～1歳未満                     | 1～6歳                       | 7～12歳                      | 13～19歳                      | 20歳代 | 30歳代                       | 40歳代                       | 50歳代 | 60歳代 | 70歳代 | 80歳代 | 90歳以上 |

【お問合せ】 豊中市消防局 救急救命課

[電話] 06-6846-8438

[メール] kyukyu@city.toyonaka.osaka.jp