

◎該当する項目にチェックをして詳細を記入して下さい	記入日	令和		年	月	日	
	氏名	フリガナ					
	性別	男性 (M)			女性 (F)		
	生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日
	郵便番号	-					
	住所	フリガナ					
		フリガナ 建物など					
	自宅電話番号						
	緊急連絡先 (相手先を記入)	()					
		()					
	同伴者参加者連絡先	()					
	車種・色・ナンバー	車種	色		ナンバー4ケタ		
	特記事項						
	血液型	A型	B型	O型	AB型		
Rh型+ (プラス)			Rh型- (マイナス)				
既往歴	心大血管疾患		腎機能低下、透析		高血圧		
	気管支喘息		COPD		結核		
	慢性肺疾患		肝硬変・肝障害		糖尿病		
	中枢性・神経疾患		脳血管障害/片麻痺等		精神疾患		
	HIV・AIDS		悪性腫瘍治療中		血液疾患治療中		
アレルギー	なし		↓ありの場合、該当項目にチェック又は 詳細を記入して下さい				
	あり						
	造影剤		麻酔薬				
	薬剤 ()						
	食物 ()						

感 染 症	T b	HBV	HCV
	HIV	梅毒	
投 薬	なし	↓ありの場合、該当項目にチェック又は 詳細を記入して下さい	
	あり		
	インスリン	血糖降下薬	抗血小板薬
	免疫抑制薬	ステロイド	抗凝固薬
	抗不整脈薬	血圧降下薬	
	その他（ ）		

■リストバンドサイズ（どれか1つにチェックを付けてください）

大(Φ74 mm、幅 16 mm)	中(Φ65 mm、幅 14 mm)	小(Φ60 mm、幅 14 mm)
-------------------	-------------------	-------------------

同意書

MEDICA（メディカ）リストバンドとは、患者様個人の治療記録、使用した薬剤などの情報を記録できるリストバンドです。このリストバンドを常に携帯頂くことで、緊急の外来や、救急車で救急指定病院への搬送の際などに迅速で的確な処置が可能となり、より効果的な救急医療が受けられます。個人情報やリストバンドに登録し、救急対応時には医師および救急隊員がリストバンド情報を読み取ること、またリストバンド医療情報を医療用目的としてのみ病院で使用することに同意いただける場合は、下記同意書へのご記入を御願い致します。

（メディカリストバンドに登録される情報の保護には万全を期しており、救急車や指定病院に配備された専用端末でしか読み取ることは出来ません）

株式会社パケモ 殿

私はリストバンド発行、使用に同意し、それを証するため署名押印します。

以 上

令和 年 月 日

住所

氏名

印