

HMコード	
-------	--

※HMカードにある英数の7文字

登録年月日 年 月 日

記入者(代筆者)

電子登録者

本人基本情報

(ふりがな) 氏名		男・女	自宅 電話 ( ) -
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	携帯 電話 ( ) -
住所	〒 -		

緊急時の連絡先（医療行為に当たって医療者が本人以外に説明および同意を求めるのに適する人）

氏名	続柄・関係	連絡先
		電話 ( ) -
		携帯 ( ) -
		電話 ( ) -
		携帯 ( ) -
		電話 ( ) -
		携帯 ( ) -

血液型・アレルギー（○で囲んでください）

血液型	A・B・O・AB・不明 / Rh(+)・RH(-)・不明
アレルギー	なし あり → 青魚・卵・ソバ・その他〔 〕
合わない薬	なし あり → ピリン・ペニシリン・造影剤・その他〔 〕

手術歴・既往歴（心臓病、脳卒中、がん、臓器移植など手術や入院を必要とした大きな病気）

病名	手術や治療を受けた病院	おおよその時期

現在かかっている病医院と治療中の主な病気

病院・診療所名	電話番号（分かれば記入）	治療している病気
	( ) -	
	( ) -	
	( ) -	
	( ) -	

現在服用または吸入している主な薬（HMネット参加薬局で調剤を受けている薬は記入不要です）


※ HMネット参加薬局以外で調剤を受けている薬や院内薬局でもらっている薬を記入してください。  
とくに、血液をサラサラにする薬、喘息吸入薬、骨粗鬆症の薬は必ず記入してください。

毎日あるいは定期的に行っている生命・健康維持に必要な特殊な治療（○で囲んでください）

なし・あり	➔	インスリン自己注射 ・ 血液透析 ・ 腹膜透析 ・ 骨粗鬆症注射治療 その他 [ ]
-------	---	---

体内の医療機器や金属などの有無（○で囲んでください）

なし・あり	➔	ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 人工内耳 ・ 脳動脈クリップ その他 [ ]
-------	---	--

関連する居宅介護事業所	電話番号	担当者（携帯電話番号）
	( ) -	

医師や救急隊員に伝えておきたいこと

緊急時や災害時等に医師・救急隊員・行政などがこれらの情報を活用することに同意します。

署名

代筆者