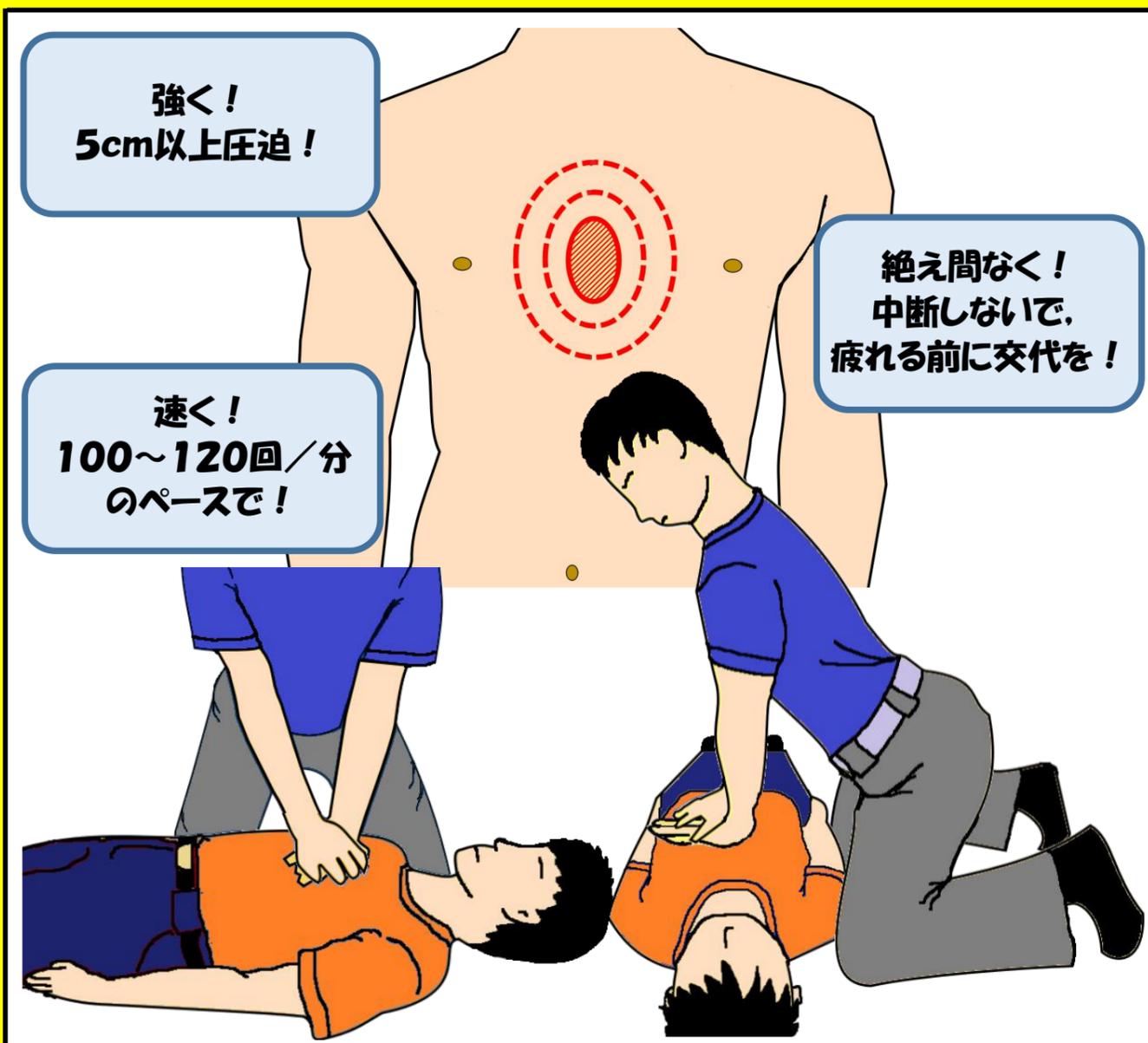


胸骨圧迫

～強く・速く・絶え間なく～

119番通報すると、専門の職員が手順を誘導します。

救急隊と交代するまで継続してください。



お問い合わせ先
総社市消防本部警防課 ☎0866-92-8344

救急安心カード

※このカードは自宅のすぐわかる所に備えてください。



救急は119



救急車が必要?

???

自分で病院に?

タクシーで?

どこの病院に?

判断に迷ったら...

消防・救急なんでも相談電話
☎0866-93-1119

救急車を呼んだときの準備!!

必須!



普段飲んでいるお薬
(お薬手帳)



救急安心カードも忘れず準備!

避難するときは、必ずお持ちくださいね!

| | | | |
|------|---------|--------|--|
| ご住所 | 総社市 | | |
| 電話番号 | ☎(0866) | 世帯主の氏名 | |

| | | |
|-------|---------------|---|
| 緊急連絡先 | ① ふいかな氏名 (続柄) | ☎ |
| | ② ふいかな氏名 (続柄) | ☎ |

(記入の注意事項)
 ・病気の名前の欄は、該当しているものに○をして、()に病名を記載してください。
 ・その他の欄は、ペースメーカーや透析に該当があれば○をしてください。
 ・空欄部分は自由に記載してください。なお、記載は任意です。



| | | | |
|----------------------------|--|------------|---------|
| ふいかな氏名 (男・女) | 記入年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| かかりつけ医療機関 | | | 世帯主との続柄 |
| 病院にかかっている (お薬を飲んでいる) 病気の名前 | 糖尿病 心疾患 () 高血圧 脳疾患 () 認知症 呼吸器疾患 () その他 () | 常用薬 有・無 | 普段の血圧 |
| アレルギー | 無 有 () | / | |
| 普段の生活 | 自立 全介助 一部介助 () | | |
| その他 救急隊・医療機関に伝えたいこと | ペースメーカー 透析 | | |

| | | | |
|----------------------------|--|------------|---------|
| ふいかな氏名 (男・女) | 記入年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| かかりつけ医療機関 | | | 世帯主との続柄 |
| 病院にかかっている (お薬を飲んでいる) 病気の名前 | 糖尿病 心疾患 () 高血圧 脳疾患 () 認知症 呼吸器疾患 () その他 () | 常用薬 有・無 | 普段の血圧 |
| アレルギー | 無 有 () | / | |
| 普段の生活 | 自立 全介助 一部介助 () | | |
| その他 救急隊・医療機関に伝えたいこと | ペースメーカー 透析 | | |

| | | | |
|----------------------------|--|------------|---------|
| ふいかな氏名 (男・女) | 記入年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| かかりつけ医療機関 | | | 世帯主との続柄 |
| 病院にかかっている (お薬を飲んでいる) 病気の名前 | 糖尿病 心疾患 () 高血圧 脳疾患 () 認知症 呼吸器疾患 () その他 () | 常用薬 有・無 | 普段の血圧 |
| アレルギー | 無 有 () | / | |
| 普段の生活 | 自立 全介助 一部介助 () | | |
| その他 救急隊・医療機関に伝えたいこと | ペースメーカー 透析 | | |

| | | | |
|----------------------------|--|------------|---------|
| ふいかな氏名 (男・女) | 記入年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| かかりつけ医療機関 | | | 世帯主との続柄 |
| 病院にかかっている (お薬を飲んでいる) 病気の名前 | 糖尿病 心疾患 () 高血圧 脳疾患 () 認知症 呼吸器疾患 () その他 () | 常用薬 有・無 | 普段の血圧 |
| アレルギー | 無 有 () | / | |
| 普段の生活 | 自立 全介助 一部介助 () | | |
| その他 救急隊・医療機関に伝えたいこと | ペースメーカー 透析 | | |

| | | | |
|----------------------------|--|------------|---------|
| ふいかな氏名 (男・女) | 記入年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| かかりつけ医療機関 | | | 世帯主との続柄 |
| 病院にかかっている (お薬を飲んでいる) 病気の名前 | 糖尿病 心疾患 () 高血圧 脳疾患 () 認知症 呼吸器疾患 () その他 () | 常用薬 有・無 | 普段の血圧 |
| アレルギー | 無 有 () | / | |
| 普段の生活 | 自立 全介助 一部介助 () | | |
| その他 救急隊・医療機関に伝えたいこと | ペースメーカー 透析 | | |