



救急車を呼んだとき  
自分の情報を  
救急隊員や病院に  
素早く伝える！

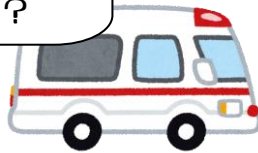
聴覚障害者の皆さんへお知らせ

# 救急医療情報キット 注文を受付ます！

希望者に無料配送

こんなとき  
どうする...?!

持病はありますか？  
かかりつけ医は？  
飲んでいる薬は？  
アレルギーは？



これじゃ、話ができないよ!

でも、キットが  
あれば...

## FAX119 通報



(※事前に通報用紙に記入)  
「医療情報キットが  
冷蔵庫の中にあります」

救急車出動！  
医療情報キットが  
冷蔵庫の中にある。  
確認してください！



救急隊員が「シール」または  
「マグネット」を確認！  
冷蔵庫の救急医療情報キット  
から医療情報を確認！



この目印を冷蔵庫に  
貼ります



情報シートを  
丸めて筒に入れます

救急医療情報シート ( 年 月 日付 )

もしものとき、救急隊や搬送先の医療機関は下記の情報を選択してください。

ふりかへ	性別	男・女	年齢
氏名	姓	名	
生年月日	年 月 日	時	分
住所	〒	市区町村	番
電話番号			
持病やアレルギーの有無など	救急時対応可能な言語(漢字・カタカナ)		
かかりつけの医療機関①	かかりつけの医療機関②		
氏名			
診療科目①	診療科目②		
所在地			
電話番号			
緊急連絡先(氏名)	続柄	電話番号	住所
①			
②			
救急隊への搬送先(氏名)	電話番号	住所	
①			
②			

※印刷部 この医療情報シートを、救急時、搬送先の医療機関で活用するために印刷してください。  
※印刷部は、この医療情報シートを、救急時、搬送先の医療機関で活用するために印刷してください。  
※印刷部は、この医療情報シートを、救急時、搬送先の医療機関で活用するために印刷してください。

お問い合わせ 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 救急医療情報センター



約6cm

情報シート  
(ひとり1枚)

### ◆注文できる人

FAX119に登録済み(又は予定)の聴覚障害者で長野市在住

※ 既に同様のキットを地区から配付済みの方は除きます

### ◆注文方法

申込用紙に記入し、デフネットながのへFAX

※ 情報を記入する用紙(情報シート)は1人1枚必要です。

家族で2人以上の場合は必要数を書いてください。

◆注文の〆切 ~~平成31年2月15日(金)まで!~~

→ 3月末まで

### ◆その他

わからないことがあったら「デフネットながの」に相談してください。

### ～ 注文 & 問合せ先 ～

長野市聴覚障害者センター「デフネットながの」

〒380-0904 長野市鶴賀276-10 (長野市障害者福祉センター内)

電話 229-5557 FAX 229-5558

メール [deaf-n-n@mx2.avis.ne.jp](mailto:deaf-n-n@mx2.avis.ne.jp)

## 救急医療情報キット 注文書 (〆切 平成31年2月15日)

FAX 229-5558 (デフネットながの)

氏名	
住所	〒 _____
FAX	026- _____
情報シートの 必要数	_____ 枚 (家族の中の聴覚障害者数を書いてください)
受け取り方法 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 「デフネットながの」に取りに行く <input type="checkbox"/> 長野市聴覚障害者協会の定期総会(4月)で受け取る <input type="checkbox"/> 自宅に郵送