

+ 救急医療カード



記入年月日 年 月 日

ふりがな			
氏名	(男・女)		
住所			
電話番号		生年月日	年 月 日

写真

スナップ写真
OK

+ 血液型 A ・ B ・ AB ・ O RH(- ・ +)

+ 主なかかりつけ病院 電話 ()

電話 ()

+ 今かかっている病気

+ 常用している薬 (薬の説明書を入れてください)

薬の名前

緊急連絡先 (家族・親戚・ご近所の方)

氏名	電話	続柄	住所

担当民生委員氏名		電話番号	
----------	--	------	--

その他 (伝えておきたいこと)

※このカードに記入された個人情報(消防・校区社協)に共有され、救急業務以外に提供されません。