

年 月 日 現在

救急医療情報

万一。怪我や病気にて救急車等にて搬送される場合、下記の内容を消防・医療機関・行政関係者等が活用する事を同意します。

氏 名

ふりがな		性別	昭 和	年 月 日 生
氏 名		男	平 成	
		女	血液型	(RH)
住 所			電話番号	
			携帯番号	
既往歴				
通院情報	通院している病医院名		病名	
	電話番号			
	電話番号			
アレルギーの有無	(有 ・ 無)			
アレルギー内容	()			
服用している薬の有無	(有 ・ 無)			
薬の名称・効能	[()]	[()]	[()]	[()]
	[()]	[()]	[()]	[()]
	[()]	[()]	[()]	[()]
緊急連絡先	続柄	氏名(ふりがな)	電話番号	住所