

## 救急情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型Rh( )・不明		
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男	女
住所		電話		

## 医療情報

かかりつけ医	①	②
科目・担当医		
住所		
電話		
かかっている病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

## 緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

## 支援事業者

担当者	
住所	電話

## 救急隊への伝言・その他

上記の内容情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人署名

サイン