

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)	年	月	日	性別	男	女
住所		電話					

医療情報

かかりつけ病院	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

容器内の情報は、救急隊と輸送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

印鑑又はサイン

※ 記入方法は裏面を参照下さい。