

緊急連絡カード

保険証番号

緊急時、この紙の記載事項および同封される医療情報を救急隊および搬送先医療機関が活用することに同意します。

フリガナ 本名		血液型 A・B・O・AB RH (+・-) (不明)
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才	性別 男・女
電話番号	()	
住所	都道府県	
現在治療中 と医療機関	病名	医療機関
今までに かかった病気		
常用薬		
アレルギーは?	無・有 ()	
手術したことは?	無・有 (病名:)	
その他 伝えたいこと		

緊急連絡先 ※かかりつけ医などありましたらこちらへ

氏名	電話	住所	本人との関係