



救急情報カード

こちら側を表に冷蔵庫にマグネット（磁石）等でお貼りください。

葉山町

山折

救急情報カード

私は、この情報を、緊急時に救急隊、消防隊及び搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

記入日		年	月	日	
ふりがな					
氏名					
住所	葉山町				
電話番号	— —				
性別	男・女	血液型	A・B・O・AB		
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月 日	
緊急連絡先	1	氏名		続柄	
		住所			
		電話	— —		
	2	氏名		続柄	
		住所			
		電話	— —		
	3	氏名		続柄	
		住所			
		電話	— —		
病歴	無・有()				
かかりつけ医	名称				
	電話番号	— —			
	名称				
	電話番号	— —			
現在服用薬	無・有()				
アレルギー	無・有()				
備考					