



こちら側を表にして冷蔵庫にマグネット等で貼ってください

救急情報カード

記入日： 年 月 日

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

ふりがな				緊急連絡先 ²	氏名		
名前					続柄		
性別		血液型	A・B・O・AB		住所		
					電話番号		
住所	葉山町			病歴	無・有（		
電話番号				現在内服薬	無・有（）		
生年月日	年 月 日			アレルギー	無・有（）		
緊急連絡先 ¹	氏名				かかりつけ医	名称	
	続柄					電話番号	
	住所					備考	
	電話番号						