

年 月 日 記入

救急情報 (情報に変更があった場合は、内容を書き換えてください。)

ふりがな			性別	男・女
氏名				
住所	岐阜市	電話番号	☎ (058)	
生年月日	明・大・昭・令	年	月	日
血液型	A・B・O・AB型 (Rh +, -) ・ 不明			
かかりつけ医療機関 電話	病院名： 電話：			
かかりつけ医療機関 電話	病院名： 電話：			
治療中の病気				
今飲んでいるお薬 (お薬情報の紙でも可)				
その他伝えたいこと (ペースメーカー・透析・体の不自由なところ・アレルギーなど)	ペースメーカー・透析・耳が聞こえにくい・視力・アレルギー等 []			

緊急連絡先 (市内・または近郊に住む血縁者・ご親類・知人など)

ふりがな		続柄		続柄
氏名				
電話番号	自宅：	自宅：		
	携帯：	携帯：		
住所				

容器の中の救急情報は、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。

ご本人氏名 _____