

 救急医療情報

【本人情報】

令和 年 月 日作成

氏 名〔ふりがな〕	生 年 月 日	性 別	血液型
〔 〕	大正 ・ 昭和 年 月 日	男 女	型

【緊急連絡先】 優先順にご記入ください。

氏 名〔ふりがな〕	電 話 番 号
〔 〕 ①	①
(本人との関係：)	②
住所	
氏 名〔ふりがな〕	電 話 番 号
〔 〕 ②	①
(本人との関係：)	②
住所	

【医療情報】 命の助っ筒に、この紙とお薬の内容が分かる書類を一緒に入れてください。

書類は、いつも最新のものに入れ替えてください。

持病（病歴）	医療機関	内服薬の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
そ の 他 （緊急時に向けて連絡事項など）		

《個人情報取扱同意欄》

この情報を救急隊や搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人署名：	代筆者氏名：
	(本人との関係：)