

救急情報カード

ここに記載されている内容は、私の緊急時に使用することを同意します。

年 月 日作成
年 月 日変更

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正	年 月 日
氏名				昭和・平成	
住所	目黒区 丁目 番 号			令和	
				電話番号	

緊急連絡先 ※ご自身の身体状況を把握している方を優先にお書きください

	氏名(フリガナ)	続柄	住居	連絡先		
1	()		同居	住所		
			別居	電話番号	携帯	
2	()		同居	住所		
			別居	電話番号	携帯	

医療情報 ※緊急時の医療行為の参考になりますので出来る限り正確にお書きください

	病名	医療機関名	電話番号
現在治療中の主な病気			
かかりつけ歯科医			
アレルギーの有無	有・無	アレルギーの原因(薬・食物・物質等)をお書きください	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない		人工透析 <input type="checkbox"/> している(週 回) <input type="checkbox"/> していない

介護情報 ※介護保険サービスをお使いの方はお書きください

ケアマネージャー (包括支援センター)	事業者名	
	電話番号	
	担当者氏名	

その他、救急隊員への伝言などありましたらお書きください

・健康保険証の写し、診察券の写し、写真(本人確認用)、お薬手帳の写し等を一緒に入れてください。