

下欄に緊急連絡先を記入してください	
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄:)
	電話ℓ
記入年月日: 年 月 日	
下欄に緊急連絡先を記入してください	
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄:)
	電話ℓ
記入年月日: 年 月 日	
下欄に緊急連絡先を記入してください	
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄:)
	電話ℓ
記入年月日: 年 月 日	
下欄に緊急連絡先を記入してください	
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄:)
	電話ℓ
記入年月日: 年 月 日	
下欄に緊急連絡先を記入してください	
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄:)
	電話ℓ
記入年月日: 年 月 日	

緊急連絡カード



五所川原市

緊急連絡カード



五所川原市

緊急連絡カード



五所川原市

緊急連絡カード



五所川原市

緊急連絡カード



五所川原市

ふりがな 氏名	(男・女)		治療中の病気 および医療機関	病名
				医療機関
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有()
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電 話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	

ふりがな 氏名	(男・女)		治療中の病気 および医療機関	病名
				医療機関
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有()
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電 話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	

ふりがな 氏名	(男・女)		治療中の病気 および医療機関	病名
				医療機関
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有()
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電 話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	

ふりがな 氏名	(男・女)		治療中の病気 および医療機関	病名
				医療機関
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有()
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電 話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	