EMERGENCY CARD
緊急連絡カード

記入年月日　　年　　月　　日

※緊急時、このカードに記載されている情報を救急隊と搬送医療機関が活用することに同意します。

本人情報

氏名（フリガナ）	性別	生年月日	血液型
	男・女	年　　月　　日生	A・B・O・AB 型 RH（＋・－）
電話番号		住　　所	
―　　―			

医療情報

現在、治療中の病気 および医療機関	病名	医療機関
今までかかった病気	無・有（心臓病・糖尿病・脳卒中・その他：　　）	
常用している薬 （薬の名前、何の薬？）	お薬手帳の無・有	
アレルギーは？ 手術したことは？	無・有（卵・そば・小麦粉・その他：　　） 無・有（病名：　　いつ：　　年頃 病院名：）	
その他伝えたいこと		

緊急連絡先

氏名（フリガナ）	電話番号	住　　所	本人との関係