

救 急 医 療 情 報

ふりがな			血液型	
本人氏名			型 Rh () ・ 不明	
生年月日	(大・昭・平・令)	年	月	日
性別		男	女	
住所			電話	
かかりつけ病院	①	②		
科目・担当医				
住所				
電話				
持病				
服薬内容				
特記事項 (アレルギーなど)				

救 急 医 療 情 報

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者		
担当者		
住所		電話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報を、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。

本人氏名

印鑑又はサイン