

# 救急情報

平成 年 月 日記載  
平成 年 月 日変更

(ふりがな)	性別	生年月日
本人氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日(才)
		血液型 型Rh( )・不明
住所：		電話番号：
緊急時連絡先① 氏名：(関係)		電話番号：① ②
緊急時連絡先② 氏名：(関係)		電話番号：① ②

治療中の病名	かかりつけ病院名	担当医師名 (診療科目)	電話番号
		(科)	

現在飲んでいるお薬の名前			

既往歴 (大きな病気・手術など)	何才時	病名	治療した病院

特記事項 (アレルギー、喘息の有無など)	
-------------------------	--

支援事業者など	事業者名/担当者名	電話番号
	/	
	/	

救急隊員に伝えたいこと：
--------------

同意欄	容器の中に入っている救急情報を、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	印鑑またはサイン	

	記号・番号
健康保険証	
診察券・診療カード	
障害者手帳	
保険・福祉受給者証	