

# 救急医療情報

(平成 年 月 日作成)

(平成 年 月 日変更)

## ご本人情報

ふりがな 氏名	生年月日	性別	血液型
	明・大 昭・平 年 月 日	男・女	型Rh( )・不明
電話番号	住所		
( )	国立市		

住所は、マンション名、部屋番号まで必ずご記入下さい

## 緊急連絡先情報

電話番号は、日中、夜間つながる番号をご記入ください。

ふりがな 緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
		( )	
		( )	
		( )	
		( )	

## かかりつけ医療機関・服薬内容等

医療機関名・診療科	電話番号	日頃のんでいるお薬の内容
	( )	
	( )	

その他救急隊員への 伝言など	
-------------------	--

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 又は サイン