

## 緊急情報カード

作成日：平成 年 月 日

更新日：平成 年 月 日

◎ 鉛筆で記入してください。

フリガナ				生年月日	
氏名	男・女	M・T・S・H	年 月 日	歳	
住所	岬町		電話		

かかりつけの病院	①	②
治療中の病気	①	②
常用している薬		
救急隊員・医師に伝えたいこと		

血液型	A	B	AB	O	RH + -
アレルギーの有無	無 有(その内容)				
特記事項	・酸素吸入    ・透析    ・ペースメーカー    ・認知症    ・難病 ・その他( )				
健康保険番号					
障がい者手帳	身体障がい者手帳： 級 障がい名：				
	療育手帳： A B		精神障がい者手帳： 級		

### 緊急連絡先

氏名	連絡先	住所	本人との関係

\* このカードは、救急時や災害時、救急隊・警察・医療機関等への情報として安全確保を図る目的で使用します。支援を受けるために必要と思われる項目について記入してください。すべての項目に記入する必要はありません。