

# 救急医療情報カード

記入年月日 年 月 日

## 1. 対象者

ふりがな		生年月日	性別	血液型
氏名			男・女	型
電話番号		住所		
保険証	保険者番号		記号 番号	
	名称			

## 2. かかりつけ医療機関等

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
電話番号		
科目及び担当医		
診察券番号		
病名		
発症時期（いつ頃）		
服薬内容		
過去の大きな病気等		

## 3. 緊急時の連絡先

緊急連絡先氏名 (ふりがな)	続柄	電話番号	住所
①			
②			

## 4. その他特記事項

救急隊員への伝言等	
-----------	--