

向日市 救急医療カード

記入日： 年 月 日



氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

緊急連絡先

氏名： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_

自宅電話： \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_

勤務先電話： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

本人情報

生年月日：明・大・昭・平 年 月 日

血液型： \_\_\_\_\_ 型Rh ( )・不明

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

救急隊の方へ伝言： \_\_\_\_\_

医療情報

かかりつけ医療機関： \_\_\_\_\_

科目・担当医： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

かかっている病気： \_\_\_\_\_

アレルギー： \_\_\_\_\_