

救急医療情報シート

年 月 日作成
 年 月 日更新
 年 月 日更新

下記の内容を、消防・医療機関・行政関係者等が活用することを同意します。

フリガナ				男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日
氏名						
住所			電話 番号	自宅	血液型	
				携帯	型	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号	
					自宅	
					携帯	
					自宅	
					携帯	
					自宅	
病歴・通院状況	通院している医療機関・連絡先		病名	備考(経過、内服薬など)		
	電話:					
	電話:					
	電話:					
特記事項						
福祉手帳	無 ・ 有 (身体 ・ 精神 ・ 療育)					
民生児童委員	電話:		ケアマネジャー	電話:		
その他						