

緊急時連絡シート

警察 110

救急 119

消防 119

本人の情報					
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日
氏名		血液型	A・B・O・AB型 RH(+・-)		
住所				性別	男・女・その他
電話番号	()	携帯	()		

医療情報		
既往症	なし・あり(心臓病・糖尿病・その他())	
服薬	なし・あり()	
アレルギー	なし・あり()	
手術歴	なし・あり()	
障害などの注意 点	----- -----	
かかりつ け医療 機関	名称	
	TEL	
	所在地	
緊急時 移送医 療機関	名称	
	TEL	
	所在地	

緊急連絡先					
氏名	続柄	電話番号	氏名	続柄	電話番号
		()			()
		()			()
		()			()