

救急情報カード

令和 年 月 日作成

名前	性別	生年月日
(ふりがな)	男・女	明・大・昭・平
		年 月 日生 (才)
住所	電話 () —	

健康保険証番号	血液型
	RH / +・- A・B・AB・O

	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②
名称		
科目・担当医		
所在地		
電話		
診察券番号		

	緊急連絡先①	緊急連絡先②
名前	続柄 ()	続柄 ()
住所		
電話	() — 携帯	() — 携帯

その他(薬など)	
連絡事項	