

救急安心カード（わたしの医療情報）

緊急時や災害時に、救急隊員・搬送先医療機関、駆けつけた人などが、この情報を活用することに同意します。

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）
住所	清田区 平岡 条 丁目 番号 電話番号 —		
世帯 状況	1. 一人暮らし世帯 2. 高齢者世帯 3. 子ども世帯と同居している 4. その他（ ）		

緊急時 の 連絡先	氏名	続柄	居住地	電話番号（携帯）
	①		市(区)町村	
	②		市(区)町村	

健康状況・かかりつけ病院名など（さしつかえない範囲でご記入ください）			
かかりつけ 医療機関名	（所在地 区）		（所在地 区）
傷病名		常備薬	
血液型	A ・ B ・ AB ・ O Rh（ + ・ - ）		

その他 （伝えたいこと）	
-----------------	--

＜お願い＞ このカードは、緊急時や災害時などに役立つための「あなたの医療情報」です。
「安心情報ポスト」に入れて、冷蔵庫などに保管してください。
今後この用紙が必要な場合は、町内会役員にお申し出ください。