

# 救急情報カード

平成 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	電話番号 ( ) —	

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		
電話番号		
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		
電話番号	( ) —	( ) —
	けいたい 携帯	けいたい 携帯

その他(薬など) 連絡事項	
------------------	--