

(様式第1号)

救急連絡カード

記入日 年 月 日

私は容器の中の情報を救急時にかけた人と搬送先の医療機関が活用することに同意します。

住所	〒 - 芦屋町		
フリガナ		電話	自宅 携帯
氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日

緊急連絡先

氏名	続柄	電話	住所

緊急時の医療行為の参考になりますので、できる限り正確にお書きください。

持病はありますか	ある	病名
	ない	

飲んでいる薬がありますか	ある
	ない

かかりつけ医はどこですか	病院	科
	医院	

次の治療を受けていますか。 (○で囲んでください。)	ペースメーカー ・ 人工透析
-------------------------------	--------------------------

介護保険のサービスが使われていますか	はい
	いいえ