

救 急 情 報 (本 人)

ふりがな		血液型	型R h ()
本人氏名	(男・女)		不 明
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	電話番号	
住 所			

医 療 情 報

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住 所		
電話番号		
治療中の病気		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

緊 急 連 絡 先

氏 名	①	②
続 柄		
住 所		
電話番号		

民生委員	氏名		電話番号	
------	----	--	------	--

救急隊への伝言・その他

救急隊への伝言・その他
