



救急安心カード



ふりがな 氏 名				(男・女)
住 所			電話	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)

血液型	A・B・AB・O	Rh (+・-)
かかりつけの病院		
今かかっている病気		
日ごろ飲んでいる薬		
アレルギー	あり () ・なし	

緊急時連絡先

氏 名	電 話	住 所	本人との関係

その他 (伝えたいこと)	
-----------------	--

※救急当番病院の関係で、カードに記入した「かかりつけの病院」以外の病院に搬送されることもあります。ご了承ください。

※このカードに書かれた個人情報は、救急業務以外には提供しません。

※年1回は内容を見直し、新しい情報にしましょう。