

年 月 日作成
年 月 日変更

救急情報シート

ふりがな		性別
本人氏名		男・女
住所	常滑市	
生年月日	年 月 日	電話 ー

緊急時連絡先

氏名	続柄	連絡先（電話番号）
		①
		②
		①
		②

医療情報

治療中の病気	かかりつけの病院・担当医師（診療科）	電話番号
	・	
	・	
	・	

現在飲んでいる薬			

特記事項 (アレルギーなど)	
-------------------	--

その他

救急隊員への伝言等：

※ 医療情報に変更したときには、用紙の書き直しをして下さい。