

私の基本情報（救急医療情報）

ヨミガナ 氏名			電 話	自宅	
				携帯	
住所	〒				
生年月日				歳	性別
血液型	型	身長	cm	体重	kg
アレルギー ・持病					
要支援・介護					
健康保険証	番号			保管場所	
介護保険証	番号			保管場所	

● 治療中の病気・通院中の医療機関・継続中の薬

治療中の病気	通院中の医療機関	電話番号	診察券番号
継続中の薬 常用薬			
使っては いけない薬			

● かかりつけの医療機関

病院名	所在地	かかりつけ医	電話番号	診察券番号

● 緊急時連絡先

名前	関係	電話番号	住所

●これまでかかった大きな病気・けが

病名・けが		時期		手術	
病名・けが		時期		手術	
病名・けが		時期		手術	

●その他の基本情報

PCメール			携帯メール		
勤務先／学校	名称			所属／学年	
	所在地				
	電話			F A X	
所属する団体					
所持する免許・資格					
その他の情報					

●近影（ 年 月撮影）

