**私の基本情報（救急医療情報）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 電話 | 自宅 |
| 携帯 |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 | 明治・大正昭和・平成 | 　年　　　 月　　　 日 | 歳 | 性別 | 男　 女 |
| 血液型 | RH　＋　－　　　　　　　　型 | 身長 | ｃｍ | 体重 | ｋｇ |
| アレルギー | □ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ない　□わからない |
| 要支援 | □必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□不要 |
| 健康保険証 | 番号 | 保管場所 |
| 介護保険証 | 番号 | 保管場所 |

**●かかりつけの医療機関（治療中の病気や持病）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 所在地 | 電話番号 | 治療中・過去にかかった病気・持病 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 継続中の薬 |  |
| 使ってはいけない薬 |  |

**●緊急時連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 自分との関係 | 電話番号 | 住所 |
|  |  | 自宅携帯 |  |
|  |  | 自宅携帯 |  |
|  |  | 自宅携帯 |  |

**●これまでかかった大きな病気・けが** □ 特になし

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病名・けが |  | 時期 |  | 手術 | □有　□無 |
| 病名・けが |  | 時期 |  | 手術 | □有　□無 |
| 病名・けが |  | 時期 |  | 手術 | □有　□無 |

**●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 | ＦＡＸ |
| 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）**

最近撮った写真を

お貼り下さい