

## 救急医療情報用紙

(写真)

写真も貼ると  
安心です。

記入日 年 月 日

変更日 年 月 日

私は、容器の中の情報を、救急時に救急隊、消防隊、搬送先の医療機関  
等が活用することに同意します。

## 1. 本人情報

住所	佐倉市		
電話		携帯	
氏名	フリガナ		生年月日
			年 月 日 ( 男 ・ 女 )
身体状況 (持病・障がい の状況等)	血液型【 型 】	Rh + ・ -	
アレルギーの 有無	無 ・ 有	環境	ハウスダスト・ダニ・花粉症・その他( )
		食物	そば・たまご・その他( )
		薬	造影剤・その他( )
服薬内容 (種類や量)			

## 2. 緊急時の連絡先

氏名	続柄	電話	同居 有無	住所

## 3. かかりつけ医療機関

	1	2
名称		
科目・担当医		
診察券番号		
所在地		
電話		

## 4. 備考欄

救急隊等に特に伝えたいこと
---------------