

緊急時に対応するための連絡カード

令和 年 月 日現在

緊急時、この紙の記載事項および医療情報を救急隊および
搬送先医療機関が活用することに同意します。

記載者

フリガナ 利用者のお名前				男 女
生年月日	明・大・昭	年	月	日生 満 歳
かかりつけの医師 (病院名・科)		連絡先 深夜連絡先	() ()	
保険証番号		障害者手帳	有・無 番号	
既往歴				
障害などの 注意点				
服 薬	有・無(何のための薬ですか)	アレルギー	有・無	
移送希望病 院	なし ・ あり()			

◎ 第一連絡先はどちらにしますか..... 救急車 ・ ご家族

緊急時連絡先の順序

順序	氏名(機関名)	本 人 との関係	住 所	電話番号
1	フリガナ		〒 -	() -
2	フリガナ		〒 -	() -
3	フリガナ		〒 -	() -

※ 緊急連絡先に変更があった場合は至急 提出して下さい。

【緊急時の希望などがございましたら下記に記載をお願いします。】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....