



# 救急連絡カード



年 月 日作成

住所			電話番号
氏名 <small>ふりがな</small>			性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
血液型	A B AB O	RH( - ・ + )	
かかりつけ病院名	電話番号		
かかっている病気			
アレルギー	ある ( ) ・ ない		

## ★★緊急連絡先★★

家族親戚	氏名	(続柄 )
	電話 固定	携帯
	氏名	(続柄 )
	電話 固定	携帯
自治会長氏名	電話	
民生委員氏名	電話	
隣人	氏名	電話
その他		

☆この個人情報は消防・警察など救急業務以外提供されません。

☆医療関係者各位へお願い「救急連絡カード」使用後は本人に必ずお返してください。

