

様式2 緊急時連絡カード携行用

ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		治療中の病気 および医療機関	病名
			医療機関	
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有( )
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	
ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		治療中の病気 および医療機関	病名
			医療機関	
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有( )
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	
ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		治療中の病気 および医療機関	病名
			医療機関	
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有( )
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	
ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		治療中の病気 および医療機関	病名
			医療機関	
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有( )
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	
ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )		治療中の病気 および医療機関	病名
			医療機関	
住 所	〒	血液型	今までにか かった病気	無・有(心臓病・糖尿病・脳卒中 その他)
			常 用 薬	
			アレルギー	無・有( )
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	福祉事業所等	
電話 ☎			そ の 他 伝えたいこと	