

医療情報用紙

記入日 平成 年 月 日

変更日 平成 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. 対象者

住所	戸田市		
電話		携帯	
氏名	フリガナ	生年月日	
		明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
身体 の状況 (持病・障がい の状態等)	血液型【 型】		
アレルギーの 有無	無 ・ 有 ()		
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

	I	II
名称		
科目・担当医		
診察券番号		
所在地		
電話		