

※ 下欄に緊急連絡先を記入願います。

緊急連絡先	
ふりがな 氏名	① (続柄： )
電話番号	-
ふりがな 氏名	② (続柄： )
電話番号	-

※ 下欄に緊急連絡先を記入願います。

緊急連絡先	
ふりがな 氏名	① (続柄： )
電話番号	-
ふりがな 氏名	② (続柄： )
電話番号	-

※ 下欄に緊急連絡先を記入願います。

緊急連絡先	
ふりがな 氏名	① (続柄： )
電話番号	-
ふりがな 氏名	② (続柄： )
電話番号	-

※ 下欄に緊急連絡先を記入願います。

緊急連絡先	
ふりがな 氏名	① (続柄： )
電話番号	-
ふりがな 氏名	② (続柄： )
電話番号	-

※ 下欄に緊急連絡先を記入願います。

緊急連絡先	
ふりがな 氏名	① (続柄： )
電話番号	-
ふりがな 氏名	② (続柄： )
電話番号	-



救急安心カード

記入年月日  
年 月 日

岡山県真庭市



救急安心カード

記入年月日  
年 月 日

岡山県真庭市



救急安心カード

記入年月日  
年 月 日

岡山県真庭市



救急安心カード

記入年月日  
年 月 日

岡山県真庭市



救急安心カード

記入年月日  
年 月 日

岡山県真庭市

ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							
ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							
ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							
ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							
ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							
ふりがな氏名 (本人)	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		かかりつけ 病院	電話	病院・医院
									常用薬		
住 所	〒	—	—	—	—	(男・女)	血液型		今かかつて いる病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・ 喘息・不整脈・その他 ( )	
									アレルギー	あり ( )・なし	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
電話番号	—	—	—	—							