

救急医療情報カード

フリガナ		血液型		
本人氏名		型Rh()・不明		
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男	女
住所	福生市	電話番号		
		()		

医療機関名 区分	かかりつけ医療機関	かかりつけ医療機関
名称		
科目・担当医		
所在地		
電話番号		

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所

服薬内容(薬剤情報提供書の写しなど)	持病

その他
救急隊員への伝言など

指定居宅介護 支援事業所	電話番号	所在地
	()	

同意書	キット(保管容器)の中に入っている救急情報を東京消防庁の救急隊員と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。		
	本人氏名		印又は署名

(印)

※裏面に記入の仕方について説明があります。