



私の医療情報

(年 月 日 記入)

緊急時に情報が必要となりますので、事前に記入しておきましょう。

名前 (ふりがな)	年齢	性別	血液型
	歳		型
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日		
住所			
電話番号			
既往歴 (高血圧、糖尿病、狭心症など)			
アレルギー			
かかりつけの病院			
服用している薬			
緊急連絡先(名前)	ご関係	電話/携帯	住所
①			
②			

※『ご関係』欄には、親族、友人、担当の民生委員などの関係をご記入ください。

茨城 救急電話相談

子ども #8000

おとな #7119



または 050-5445-2856 (共通)



24時間 365日受付