

# 救急医療情報記入用紙

## ■本人基本情報

■本人基本情報		受付 No.	作成日 令和 年 月 日	
ふりがな		性別	生年月日	血液型
氏名				
住所	〒			
自宅電話		携帯電話		

## ■緊急時の連絡先

氏名	続柄	自宅電話	携帯電話	住所
①				
②				
③				

## ■医療情報

かかりつけの医療機関	①	②	③
電話			
現在治療中の疾患			
以前かかった疾患又は手術			
特記事項	インスリン注射（有・無）	ペースメーカー（有・無）	
	薬アレルギー（有・無）	有る場合は具体的に記入	
	その他		