

様式第1号（第2条関係）

緊急情報カード

作成日： 年 月 日

更新日： 年 月 日

フリガナ	生年月日		歳
氏名	男・女	年 月 日	
住所	電話☎		
かかりつけの病院	①	②	
治療中の病気	①	②	
常用している薬			
救急隊員・医師に伝えたいこと			
血液型	A B AB O	RH + -	
アレルギーの有無	無	有（その内容）	
特記事項	・酸素吸入 ・透析 ・ペースメーカー ・その他（ ）		
保険証の種類	・国民健康保険 ・後期高齢者医療保険 ・その他		
要介護認定	未申請 非該当 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）		
緊急連絡先			
氏名	連絡先	住所	本人との関係

*このカードは、救急時や災害時に、生命の安全を守る目的のために救急隊・警察・医療機関等への情報として使用します。支援を受けるために必要と思われる項目について記入してください。すべての項目に記入する必要はありません。