

安心カード

救急車・消防
連絡先は

119

緊急時はこのカードを提示してください

【ご本人の情報】

記入日/令和 年 月 日

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
住所	坂城町大字 電話 携帯電話	血液型 A・B・AB・O Rh(+・-)
代筆者 ふりがな 氏名	(続柄)	その他(伝えたいこと)
住所	電話	

※代筆された場合は、代筆者名をお書きください。

身体の状況 (持病・障害の状態等)	
アレルギー	あり … 何のアレルギーですか? なし
常用している薬	
かかりつけの病院	
診療科 担当医	
病院電話番号	
診察券番号	
今かかっている病気	

【緊急連絡先】

ふりがな 氏名	(続柄)	(同居の有無 有・無)
住所	電話	
ふりがな 氏名	(続柄)	(同居の有無 有・無)
住所	電話	

※このカードに記入された個人情報は、救急・災害時以外には使用いたしません。

坂城町