

医療情報カード

目的：意識不明時や緊急搬送時に、救急隊員や医師が迅速かつ適切な処置を行うため。
注意：本カードは二つ折りにし、財布や名刺入れ、スマホケース等に常時携帯してください。

| | | | |
|--------|-------|--------|---------|
| 氏名 | | 緊急連絡先 | 氏名： |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 続柄： 電話： |
| 血液型 | | かかりつけ医 | 病院： |
| 常用薬 | | | 電話： |
| 持病・既往歴 | | 備考 | |

| | | | |
|--------|-------|--------|---------|
| 氏名 | | 緊急連絡先 | 氏名： |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 続柄： 電話： |
| 血液型 | | かかりつけ医 | 病院： |
| 常用薬 | | | 電話： |
| 持病・既往歴 | | 備考 | |

| | | | |
|--------|-------|--------|---------|
| 氏名 | | 緊急連絡先 | 氏名： |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 続柄： 電話： |
| 血液型 | | かかりつけ医 | 病院： |
| 常用薬 | | | 電話： |
| 持病・既往歴 | | 備考 | |

| | | | |
|--------|-------|--------|---------|
| 氏名 | | 緊急連絡先 | 氏名： |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 続柄： 電話： |
| 血液型 | | かかりつけ医 | 病院： |
| 常用薬 | | | 電話： |
| 持病・既往歴 | | 備考 | |