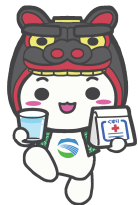


酒田市



救急安心カード



ふりがな 氏名			(男・女)	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日	
住所	酒田市		電話 (0234) -	

血液型	A ・ B ・ AB ・ O	Rh (+ ・ -)
かかりつけの 病院・医院	(診療科：)	
	(診療科：)	
かかっている病気		
常用している薬	薬局から発行されるお薬情報をいっしょに容器に入れてください。	

緊急時連絡先

氏名	住所	電話番号	本人との関係

その他
伝えたいこと

※このカードは各世帯で保管するもので、関係機関で情報共有されるものではありません。
(救急搬送等の緊急時にのみ使用されます)

★カードの情報は、年1回見直しましょう。

記入日(確認日)

年 月 日

←鉛筆で記入してください。