

緊急連絡先と健康情報カード

ふりがな		生年月日	年 齡	血液型
氏 名		昭和 年 月 日	才	型
☎		郵便番号		
携帯電話		住 所		
国民健康保険証記号番号		有効期限	平成	
国民健康保険高齢受給者証記号番号		有効期限	平成	
◆緊急時に連絡する人を2名ご記入ください。（親族・親戚・友人など）				
氏名		続柄	☎	携帯電話
氏名		続柄	☎	携帯電話
◆ 持病とアレルギーについて				
持 病				
アレルギー				
◆現在治療中の疾患がありましたらご記入ください。				
		治療中の病院名		
		☎		
		治療中の病院名		
		☎		
◆現在服用中の薬がありましたら、処方箋に記載してある名前を記載してください。				
◆主治医（かかりつけの医院）				
病院名		担当医	☎	

備 考 （上記の表に記載出来ない事項は、ここにご記入ください。）