

緊急連絡先	①氏名 (続柄:)	TEL	自宅	()
			携帯	- -
	②氏名 (続柄:)	TEL	自宅	()
			携帯	- -

キーパーソン	医療行為(検査・診断・治療)に当たって、医療者が本人以外に、説明及び同意を求めるに最適な人			
	氏名 (続柄:)	TEL	自宅	()
			携帯	- -

その他	(現在の健康状態や、医療に望むこと。臓器提供の意思など自由に記入してください。)	

同意欄	この救急情報を、救急隊(消防)と医療機関が救急医療に活用することに同意します。	
	本人氏名	印