

救急安心カード

記入年月日…平成 年 月 日

ふりがな		
氏名	(男・女)	
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
住所	東区福田	
電話番号	()	
治療中の病気	病名	病院名・医院名
服用している薬		
アレルギー	・あり() ・なし	
手術歴		
	通常血圧 /	