

医療情報表 表

救急医療情報

男

私は容器の中の情報を、緊急時に救急隊・消防署・および搬送先の医療機関等が利用することに同意します。【本人が記入出来ない方は代理記入可】

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	印	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
		性別	男	血液型	
住所	山本 丁目 一 (単独・二世帯・間借り)	電話	自宅 ( ) ー 携帯 ー ー		
世帯の 状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族 名 <input type="checkbox"/> 日中は一人		<p style="text-align: center;"><b>写 真 添 付</b>            (意識の無い時の本人確認用)            (希望される場合のみ)</p>		
本人の 状況	身体：  認知：				
その他の 申告内容			薬アレルギーなど		

その他 メモ (保険証 番号等)	保険証登録番号： 診察券番号：	<p style="text-align: center;">保険証コピー添付</p>
---------------------------	--------------------	---

# 救急医療情報



私は容器の中の情報を、緊急時に救急隊・消防署・および搬送先の医療機関等が利用することに同意します。【本人が記入出来ない時は代理記入可】

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	印	生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日
		性別	女 血液型
住所	山本 丁目 - (単独・二世帯・間借り)	電話	自宅 ( ) - 携帯 - -
世帯の状況	<input type="radio"/> ひとり暮らし <input type="radio"/> 同居家族 名 <input type="radio"/> 日中は一人		
本人の状況	身体：  認知：		
その他の申告内容	薬アレルギーなど		

## 写真添付

(意識の無い時の本人確認用)  
(希望される場合のみ)

その他メモ (保険証番号等)	保険証登録番号： 診察券番号：	保険証コピー添付
-------------------	--------------------	----------