

様式第1号

初回記入日	年	月	日
更新日①	年	月	日
更新日②	年	月	日

救急医療情報シート

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
		年齢	歳
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	血液型	型
住所	宮若市	電話番号	- -

持病(病院)	
常用薬	
アレルギー	あり () ・ なし
手術歴	
その他 (伝えたいこと)	

* 緊急連絡先 (必ず記入してください)

氏名	続柄	電話番号
①		- -
②		- -
③		- -