

年 月 日作成  
年 月 日変更

救 急 情 報

|             |              |     |     |
|-------------|--------------|-----|-----|
| ふりがな<br>氏 名 | 生 年 月 日      | 性 別 | 血液型 |
|             | 年 月 日（ 歳）    | 男・女 | 型   |
| 電 話 番 号     | 住 所          |     |     |
| 自宅          | 新宮市          |     |     |
| 携帯          |              |     |     |
| 世 帯 の 状 況   | （自分を含め） 人暮らし |     |     |

|         |            |            |
|---------|------------|------------|
|         | かかりつけ医療機関① | かかりつけ医療機関② |
| 名 称     |            |            |
| 電 話 番 号 |            |            |

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| 持病・アレルギー等 | 服薬内容（薬剤情報提供書の写し等） |
|           |                   |

|                               |         |       |
|-------------------------------|---------|-------|
| 指定居宅介護支援事業者<br>（介護認定を受けている場合） | 電 話 番 号 | 所 在 地 |
|                               |         |       |

|                 |    |          |     |
|-----------------|----|----------|-----|
| ふりがな<br>緊急連絡先氏名 | 続柄 | 電話番号（携帯） | 住 所 |
|                 |    |          |     |
|                 |    |          |     |