

岸和田市きんきゅうカード

令和 年 月 日 記入

【本人情報】

ふりがな			血液型 A・B・O・AB・不明
氏 名			
生年月日			性 別 (男 ・ 女)
住 所			
電話番号	— —	携帯番号	— —

【医療情報】

かかりつけ医	病院 (医師) / 健康保険証の写しの添付あり・無
現在の病気	
今までにかかった病気	
飲んでいるお薬	お薬情報の添付あり ・ 無
アレルギー	

【緊急連絡先】 * 原則は親族、いない場合は知人等を記載してください。

氏 名	住 所	電 話 番 号	続柄
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	

【その他】

介 護 保 険	非該当・要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
障 害 者 手 帳	なし・あり (コピーを添付してください)
会 話	普 通 ・ はっきりしない ・ 話せない
視 力	見える ・ 生活に支障がある ・ 見えない
聴 力	普 通 ・ 大声で聞こえる ・ 聞こえない
その他、知ってほしいこと	

私は、容器内の情報を救急医療に活用することを同意します。

本人氏名 _____ 印 _____