

あべの あんしん [緊急時用 情報]

令和 年 月 日作成
令和 年 月 日変更

※ 緊急のときに下記の内容を消防や警察などが活用することを同意のうえで、記入してください。
※ 記入している内容に変更があったときは、その都度、空いている欄に記入したり、訂正をしてください。

フリガナ				性 別		男 ・ 女	
氏 名							
生 年 月 日		明治・大正・昭和 年 月 日		住所・電話番号 阿倍野区			
血 液 型		ABO式	A・AB・B・O 型	RH式	＋ ・ －		
通院中の医療機関	名前		センター・病院・診療所・医院・クリニック・				
	電話番号		()	—	担当	科の 医師	
	病名						
	飲んでいる薬 なし・あり ⇒		※記入するかわりに薬局などでもらった薬の説明書（写し）を付けてもけっこうです。 ()				
	名前		センター・病院・診療所・医院・クリニック・				
	電話番号		()	—	担当	科の 医師	
	病名						
	飲んでいる薬 なし・あり ⇒		※記入するかわりに薬局などでもらった薬の説明書（写し）を付けてもけっこうです。 ()				
緊急のときの連絡先	1	名 前					
		続 柄	兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 子 ・ 子の夫又は妻 ・ 孫 ・ その他()				
		電話番号	() —				
		住 所					
	2	名 前					
		続 柄	兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 子 ・ 子の夫又は妻 ・ 孫 ・ その他()				
		電話番号	() —				
		住 所					
	3	名 前					
		続 柄	兄 ・ 弟 ・ 姉 ・ 妹 ・ 子 ・ 子の夫又は妻 ・ 孫 ・ その他()				
		電話番号	() —				
		住 所					
アレルギー		なし・あり ⇒ (原因や症状をお書きください。)					

※ ほかに参考になることがあれば、お書きください。

[illegible]