



緊急連絡票



氏名	性別	生年月日		血液型	RH
		年	月	日	
電話番号		住所			
携帯		〒			
自宅					

医療情報

現在治療中の疾患		病名	かかりつけ医
既往歴	有	心臓病・糖尿病、腎臓病、がん、脳卒中、脳梗塞	
	その他		
常用している薬			
アレルギー	有		
手術の有無	有	病名:	
その他			

緊急連絡先

氏名	電話番号	住所	関係