



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