

救 急 情 報

住 所	〒 ー			電話番号
氏 名	フリガナ	性別	男 女	自宅
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	血液型	型
				携帯

	通院している医療機関	通院している医療機関	保険証 有り 無し 保険証番号
病院名			
症 状			
	通院している医療機関	通院している医療機関	
病院名			
症 状			

服薬内容	
持 病	
アレルギー	

緊急連絡先氏名	続柄	電話番号	住所
(1) フリガナ		自宅	〒 ー
		携帯	
(2) フリガナ		自宅	〒 ー
		携帯	
(3) フリガナ		自宅	〒 ー
		携帯	

同意欄	容器の中に入っている医療情報を、薩摩川内市消防局の救急隊・消防隊及び搬送先医療機関が、救急医療に活用することに同意します。 また、緊急時に緊急連絡先へ連絡することに同意します。	
	本人氏名	