

救急安心カード



このカードに必要な情報を記入し**冷蔵庫**に貼ってください。
緊急時、救急隊等に的確に情報を伝えることができ、安心です。

①山折り

記入日 年 月 日	
ふりがな	
氏名	(男・女)
住所	電話
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 血液型 型
かかりつけ病院 (診療科・担当医師名)	☎ (科 先生)
今かかっている病気	
常用している薬	
アレルギー	あり ()・なし
手術歴	

②山折り

記入例

記入日 令和4年 1月23日

ふりがな かん だ た ろう
氏名 **苧田太郎** (男・女)
住所 **苧田町京町二丁目4番地4** 電話 **434-0119**
生年月日 明・大・**昭**・平**13**年 4月 1日 血液型 **A** 型

かかりつけ病院 (診療科・担当医師名)	かんだ総合病院 ☎ 434-XXXX (内 科 増田 先生)
今かかっている病気	高血圧、糖尿病、狭心症
常用している薬	降圧剤、糖尿病薬、喘息の薬
アレルギー	あり (XX薬、卵、そば)・なし
手術歴	心臓バイパス手術 (平成17年)

②谷折り

緊急連絡先

ふりがな 氏名	電話	住所	本人との 関係

その他
(伝えたいこと)

※このカードに記載された個人情報は、救急業務以外に使用することはありません。
※救急安心カードの情報は、古いままだと適切な処置を受けられない事があります。
年1回は内容を見直しましょう。