

記入年月日 20 年 月 日



にやさしい 家族安心カード 【打越町内会】

ふりがな _____	
氏 名 _____	性別 (男 ・ 女) _____
生年月日 明治・大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
血液型 A ・ B ・ O ・ AB _____ Rh (+ ・ -) _____	
住 所 鎌倉市 笛田・極楽寺 _____	自宅 ☎ _____
丁目 番 号 _____	携帯 ☎ _____

かかりつけの病院・クリニック	
① 名称 _____	☎ _____
② 名称 _____	☎ _____
③ 名称 _____	☎ _____

健 康 状 態 等	治療中の病気 _____	
	アレルギー	あり (「あり」の場合・記入例 = 食物：卵)
		なし
	普段飲んでいる薬 _____	
	健康保険被保険者番号： _____	
	後期高齢者医療被保険者番号： _____	
その他伝えたいこと _____	(過去に入院歴のある病気やケガと病院 など)	

緊 急 連 絡 先	氏 名	電話番号	住 所	続柄等
		☎ _____		
		☎ _____		
		☎ _____		
		☎ _____		
		☎ _____		

※ ここに記載の情報を利用するのは救急・緊急業務の場合に限ります。