

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。