

上尾市緊急医療情報シート

私は、緊急医療情報キットの中に入っている情報を、救急隊や医療機関が救急医療に活用することに同意します。

作成日	年	月	日	変更日	年	月	日			
住 所	上尾市									
ふりがな					性 別	男性・女性				
氏 名					血液型	型				
生年月日	明	大	昭	平	令	年	月	日	電話番号	()

	緊 急 連 絡 先 ①	緊 急 連 絡 先 ②
氏 名		
ご 関 係		
所 在 地		
電 話 番 号		

※救急搬送は、かかりつけの医療機関に搬送するとは限りません。

	か かり づ け の 医 療 機 関 ①	か かり づ け の 医 療 機 関 ②
名 称		
電 話 番 号		
所 在 地		
病 名		