

私の緊急連絡票

年 月

私の名前

名前 なまえ

誕生日 年 月 日 血液型 RH + -

住所 〒 -

電話 ()

()

緊急連絡先

名前 続柄

電話 ()

かかりつけ医

病院

電話 ()

診療科

医師

病名

薬

アレルギー あり なし

お知らせ