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　　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