

# 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

R h

+

-

住所

〒

—

電話

( )

( )

## かかりつけ医

病院

診療科

医師

電話

( )

病名

薬

アレルギー

お知らせ

## 緊急連絡先

名前

続柄

電話

( )