

記入日 年 月 日

緊急連絡先カード

私は、この情報を緊急時に市などの公的機関や医療機関等が活用することに同意します。

ふりがな		男・女	血液型	型 (Rh + ・ -)
氏 名				
生年月日	大正 ・ 昭和	年	月	日生
住 所	各務原市  —			
かかりつけ医療機関名	 — —			
病歴	服用薬			
病歴	服用薬			
アレルギーの有無 無 ・ 有 (内容 : 救急隊員・医師に伝えたいこと				
健康保険証種類・番号				
緊急連絡先 1	氏 名	 — —		
	住 所	本人との関係 :		
緊急連絡先 2	氏 名	 — —		
	住 所	本人との関係 :		
緊急連絡先 3	氏 名	 — —		
	住 所	本人との関係 :		
災害時の一次避難所				
そ の 他 (伝えたいこと)				

各務原市役所 高齢福祉課 ☎058-383-1779

担当する地域包括支援センター



—