４つ折り

＜裏面＞

＜表面＞



|  |
| --- |
| 【私の医療情報】 |
| 障害や病気の名称と特ちょう |  |
| 飲んでいる薬 |  |
| アレルギー等 |  |
| かかりつけ医療機関 | 機関名： 電話番号：　　　　　　　　　　　　（主治医：　　　　） |

　　年　　月　　日記入

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 名前 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日（年齢） | 　　年　月　日（　　歳） | 性別男・女 | 血液型　型Rh＋－ |

**お願いしたいこと**

緊急連絡先①：

電話番号：

呼んでほしい人の名前：

緊急連絡先②：

電話番号：

呼んでほしい人の名前：

緊急連絡先③：

電話番号：

呼んでほしい人の名前：



自由欄

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |