

救急安心カード

記入年月日 年 月 日

氏名	(男・女)
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 血液型
既往歴	
現在の病気	
通院医療機関	
飲んでいる薬	
アレルギー	食物 薬 他
伝えたいこと	

緊急連絡先

氏名	住所	電話番号(続柄)



瀬戸内市消防本部