**携帯用救急安心カード（１人用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 切り取り

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所    電話番号  生年月日(明・大・昭・平)　 年　　月　　日  血 液 型 |  |
| 記入年月日  病　　 歴  通院医療機関  飲んでいるお薬  アレルギー　　有(　　　　　　　　　　　)・無  **緊急連絡先**  １.(氏名)　　　　　　 　　(☎)　　　　　　　　　 　(続柄)  ２.(氏名)　　　　　 　　　(☎)　　　　　　　　　 　(続柄) | **救急安心カード**  **瀬戸内市消防本部** |

切り取り

説明１：黒の実線を切り抜いてください。

説明２：必要事項を記入後、点線を四つ折りにして携帯してください。