**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。