

携帯用救急安心カード（1人用）

切り取り

住所	 	
氏名 <small>(フリガナ)</small>		
電話番号		
生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日		
血液型		
記入年月日	<h2>救急安心カード</h2> <p>瀬戸内市消防本部</p>	
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)

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。