

# 緊急連絡カード

救急隊や支援者に伝えるための大切な情報です (2人分)

私(たち)、\_\_\_\_\_ は、緊急時にこのカードの情報を支援者が活用することに同意します。 記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日



## 共通情報 (住所・固定電話)

住所	北塩原村大字	字	番地
固定電話	( )	-	

## 1 本人情報 (1)

氏名	ふりがな：		
性別 血液型	男・女 A・B・O・AB型	携帯電話	- -
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
持病・お薬	主な病名や常用している薬：		
かかりつけ医	病院名・電話番号：		

## 2 本人情報 (2)

氏名	ふりがな：		
性別 血液型	男・女 A・B・O・AB型	携帯電話	- -
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
持病・お薬	主な病名や常用している薬：		
かかりつけ医	病院名・電話番号：		



## 緊急連絡先 (ご親族など)

第1連絡先 (氏名・続柄)		電話	自宅： 携帯：
第2連絡先 (氏名・続柄)		電話	自宅： 携帯：



## 備考 (伝えたいこと)

--

🌟 電話機や冷蔵庫の近くに備え付けてください  
救急隊がこのカードをすぐに見つけることで、迅速な救急活動につながります。