

緊急連絡先

氏名	
続柄	
電話	自宅： 携帯：
住所	
記入日	年 月 日

医療情報カード

外出する時に
持ち歩いてね！



亀岡市
KAMEOKA CITY

本人情報

氏名	(男・女)
生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
血液型	型 Rh () ・ 不明
住所	
電話	

医療情報

かかりつけ 病院	(病院名) (担当医) (電話)
かかっている 病気	高血圧 糖尿病 脳卒中 心筋梗塞 喘息 不整脈 その他 ()
飲んでいる 薬	
アレルギー	
伝えたい こと	