

# 医療情報

令和 年 月 日作成  
令和 年 月 日変更

## 本人情報

ふりがな		血液型		
本人氏名		型 Rh( )・不明		
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	性別	男	女
住所		電話		

かかりつけ病院	①	②
科目・担当医		
住所		
電話		
持病		
服薬内容		
特記事項 (アレルギーなど)		

## 緊急連絡先

氏名	①	②
続柄		
住所		
電話	(日中) (夜間)	(日中) (夜間)

## 支援事業者

担当者		
住所		電話

救急隊員への伝言・その他
--------------

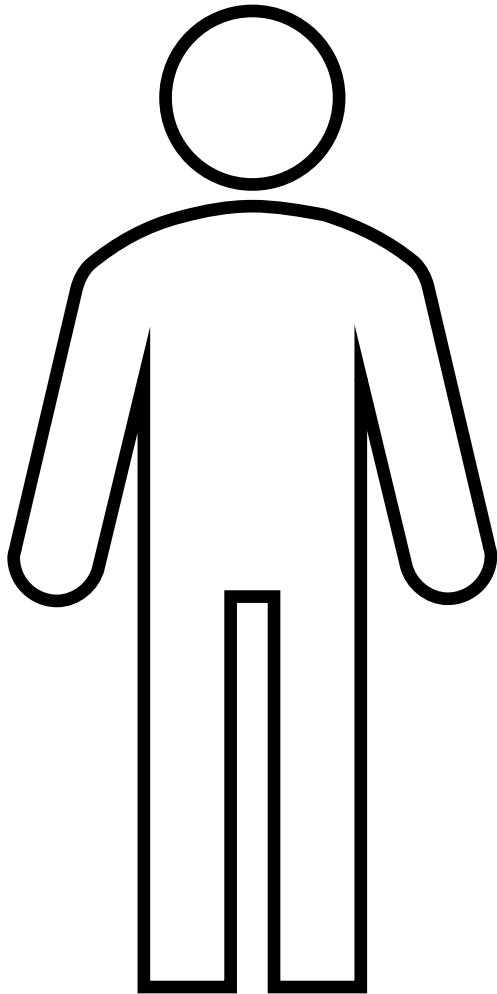
容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名

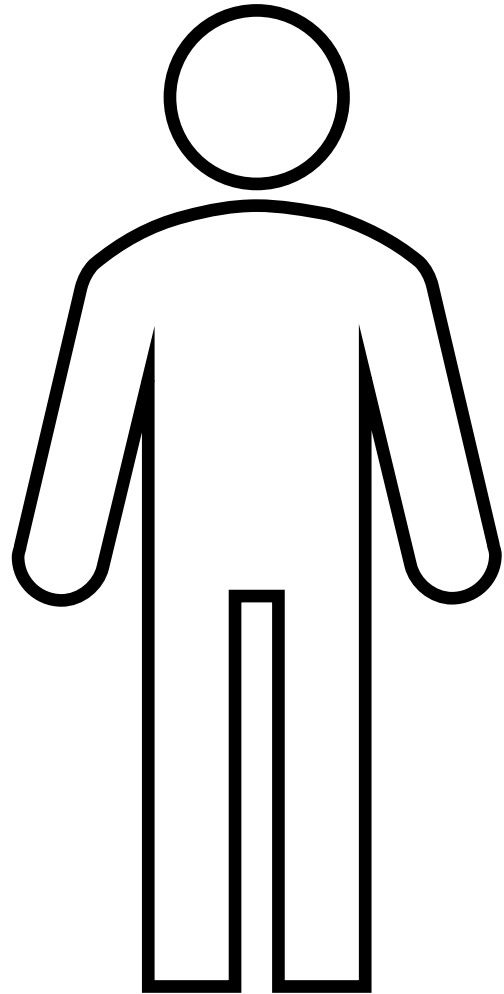
印鑑又はサイン

# 《病歴》

【まえ】



【うしろ】



問合せ連絡先：千代田区 保健福祉部 在宅支援課 在宅支援係

TEL：03-6265-6482