

緊急カード

私は慢性疾患患者です
至急下記へ連絡下さい

常時携帯して
救急用に役立
てたいと考
えの時は本人
の写真を貼付

以下欄は本人または保護者の方でご記入下さい。医療機関にては記入しません。

氏名(保護者名)

連絡先

医療機関名

(主治医

)

診察券/No.

裏面に投薬内容記載あり

●本緊急カードの交付年月日 平成 年 月 日 ●
服薬量/1日 (服薬量およびカード発行年月日のみ医師が記入します)

●発行後の本カードの管理は患者本人あるいは保護者の責任においてなされるものです

患者生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日