

緊急連絡力一ド

名前		生年月日	
住所	〒 -	都道府県	
電話番号		携帯・PHS番	
会社・学校名		電話番号	
緊急連絡先			
名前		電話番号	
続柄	e-mail	携帯・PHS	
住所	〒 -		
会社・学校名		電話番号	
備考			
名前		電話番号	
続柄	e-mail	携帯・PHS	
住所	〒 -		
会社・学校名		電話番号	
備考			
名前		電話番号	
続柄	e-mail	携帯・PHS	
住所	〒 -		
会社・学校名		電話番号	
備考			

メディカルアラートカード

Medical Alert !!

病気名
アレルギー名

名前			
生年月日		血液型 RH(+)(-)	A B O AB
住所	〒 -		

緊急時 連絡先	フリガナ	電話番号	
	名前	携帯番号	
	住所		
通院 病院	病院 医院	科	電話番号
	主治医		
常備薬			
詳細、備考			