

医療情報記録用紙

年 月 日 作成
年 月 日 変更

私は、容器の中の情報を、救急隊、消防隊、医療機関が救急活動に利用することに同意します。

ふりがな				写 真
氏名				
住所	富里市			
電話番号	()			
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日			
性別	男 女	血液型	A B O AB Rh (+ -)	
身長	cm		体重	kg

緊急連絡先①	氏名		続柄		電話番号	()
	住所				携帯電話	()
緊急連絡先②	氏名		続柄		電話番号	()
	住所				携帯電話	()

現病歴・既往歴と経過				
発症年齢	病名	医療機関・医師名		経過
年月日 (歳)		病院名	Tel	治療中 治癒 ()
		医師名		
年月日 (歳)		病院名	Tel	治療中 治癒 ()
		医師名		
年月日 (歳)		病院名	Tel	治療中 治癒 ()
		医師名		
年月日 (歳)		病院名	Tel	治療中 治癒 ()
		医師名		

(裏面につづく)

