

みなとSC 救急シート

学年		
フリガナ		
名前		
生年月日		
性別	男性	女性
住所:		
電話番号:		

現在治療中の病気 (医院・病院名)	()	
毎日の内服薬・外用薬 (自己管理可能か?)		
以前治療した病気 (医院・病院名)	()	
気管支喘息の有無	あり	なし
薬物アレルギーの有無	あり	なし
	薬物名:	
食物アレルギーの有無	あり	なし
	食物名:	
その他のアレルギー	あり	なし
緊急時連絡先 1	(続柄:)	
2	(続柄:)	
3	(続柄:)	
医師に特別伝えたいこと:		

保険証のコピーを封筒に入れて、本用紙の裏にホッチキスで止めておいてください。

本個人情報については、個人情報保護法に従い、医療上必要な場合のみ使用させていただきます。