

医療に関する情報

記入年月日： 年 月 日

緊急連絡先

	氏 名	電 話
1		
2		

かかりつけ医

	病院名(科・医師名)	電 話
1		
2		
3		

持病・服用している薬

	病 名	薬 名	飲み方
1			日 回 (食前・食後)
2			日 回 (食前・食後)
3			日 回 (食前・食後)

いままでにかかった事のある主な病気

	病名・症状	期 間
1		
2		
3		

保険証

保管場所

健康保険証又は 後期高齢者保険者番号	介護保険証番号

その他、健康に関する留意点(アレルギー、発作など、知らせておきたいこと。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

血液型

RH+
RH-

型