

緊急時情報シート

作成日： 令和 年 月 日

1	氏名 (フリガナ)		
2	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
3	生年月日	年 月 日生	
4	住所		
5	現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【疾患名】
6	既往疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【疾患名】
7	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【内容】
8	服用薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【内容】
9	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名： 医師名： 連絡先：
10	その他		

施設名
連絡先