

ふりがな

氏名 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日

性別 (男・女) 血液型 _____

住所 _____

緊急連絡先 ☎ _____ (関係 _____)

持病 _____

病歴 _____

アレルギー _____

かかりつけ医 _____ (医師名 _____)

----- やまおり

----- やまおり

----- やまおり

あんしんカード

救急