記入年月日　　　　年　　月　　日

**安　心　カ　ー　ド**

**このカードを救急隊員に**

**渡してください**



**救急車・消防**　１１９

**警察**　　　　　１１０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（ 男 ・ 女 ）**

　住　所　　　　　　　　　　　　　　電話

　生年月日　　大正 ･ 昭和 ･ 平成　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 血液型 |  A ・ B ・ AB ・ O　　　Rh（＋・－） |
| かかりつけの病院 |  |
| 今かかっている病気 |  |
| 常用している薬 |  |
| アレルギー | 　　あり（　　　　　　　　　　　　　 　）・なし |
| 健康保険証番号 |  |
|  |  |

緊急時連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 電話 | 住所 | 本人との関係 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他（伝えたいこと） |  |

* このカードに記入された個人情報は、警察・消防・小樽市関係部署に共有され

救急業務以外には提供いたしません。