

※この用紙は、救急活動のみの使用に留め、搬送後は適切に処分いたします。

※この用紙は、救急活動のみの使用に留め、搬送後は適切に処分いたします。

傷病者情報連絡票（救急カード）	傷病者情報連絡票（救急カード）
氏名 _____（_____）	氏名 _____（_____）
生年月日 大正・昭和・平成・（_____） _____年 _____月 _____日（_____才）	生年月日 大正・昭和・平成・（_____） _____年 _____月 _____日（_____才）
住所 室蘭市・（_____） _____町 _____丁目 _____番 _____号	住所 室蘭市・（_____） _____町 _____丁目 _____番 _____号
通院先および病歴（○をつけてください）	通院先および病歴（○をつけてください）
市立病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）	市立病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）
製鉄病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）	製鉄病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）
日鋼病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）	日鋼病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）
大川原病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）	大川原病院 高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・（_____）
その他の通院先と病気（_____）	その他の通院先と病気（_____）

きり取り線

※1 可能な限りの記入で結構ですので協力をお願いします。

※2 お薬手帳などがありましたら用意して下さい。

※3 この様式はあくまでも例です。任意の用紙でも構いません。

※1 可能な限りの記入で結構ですので協力をお願いします。

※2 お薬手帳などがありましたら用意して下さい。

※3 この様式はあくまでも例です。任意の用紙でも構いません。