



ふりがな
氏 名： _____
生年月日： _____
血 液 型： _____
住 所： _____

固定電話： _____
携帯電話： _____

ふりがな
氏 名： _____
生年月日： _____
血 液 型： _____
住 所： _____

固定電話： _____
携帯電話： _____

ふりがな
氏 名： _____
生年月日： _____
血 液 型： _____
住 所： _____

固定電話： _____
携帯電話： _____

ふりがな
氏 名： _____
生年月日： _____
血 液 型： _____
住 所： _____

固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先①】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先②】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先①】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先②】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先①】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先②】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先①】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

【緊急連絡先②】
氏名(関係)： _____
固定電話： _____
携帯電話： _____

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★
119番通報の手順
①「119」に電話をかけます
②救急車の要請であることを伝えます
③救急車が向かう先の住所を福島市から伝えます
④個人宅の場合は世帯主名を伝えます
⑤救急要請の概要を伝えます
「いつ、だれが、どうした、、、」
★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★
119番通報の手順
①「119」に電話をかけます
②救急車の要請であることを伝えます
③救急車が向かう先の住所を福島市から伝えます
④個人宅の場合は世帯主名を伝えます
⑤救急要請の概要を伝えます
「いつ、だれが、どうした、、、」
★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★
119番通報の手順
①「119」に電話をかけます
②救急車の要請であることを伝えます
③救急車が向かう先の住所を福島市から伝えます
④個人宅の場合は世帯主名を伝えます
⑤救急要請の概要を伝えます
「いつ、だれが、どうした、、、」
★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★
119番通報の手順
①「119」に電話をかけます
②救急車の要請であることを伝えます
③救急車が向かう先の住所を福島市から伝えます
④個人宅の場合は世帯主名を伝えます
⑤救急要請の概要を伝えます
「いつ、だれが、どうした、、、」
★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

1 治療中または過去にかかったご病気

記号	病名	医療機関

記号：「◎」治療中のご病気
「○」過去にかかったご病気

2 かかりつけの医療機関

医療機関	電話番号

3 緊急時のルール

私が意思表示できない場合、次の方法で搬送してください。

☐ かかりつけ医療機関を優先

※状態により希望に添えない場合があります

☐ 救急隊に一任する

☐ その他（ ）

4 署名

救急隊が搬送する際にこの情報を利用すること、及び搬送先の医療機関に伝えることに同意します。

年 月 日

氏名

1 治療中または過去にかかったご病気

記号	病名	医療機関

記号：「◎」治療中のご病気
「○」過去にかかったご病気

2 かかりつけの医療機関

医療機関	電話番号

3 緊急時のルール

私が意思表示できない場合、次の方法で搬送してください。

☐ かかりつけ医療機関を優先

※状態により希望に添えない場合があります

☐ 救急隊に一任する

☐ その他（ ）

4 署名

救急隊が搬送する際にこの情報を利用すること、及び搬送先の医療機関に伝えることに同意します。

年 月 日

氏名

1 治療中または過去にかかったご病気

記号	病名	医療機関

記号：「◎」治療中のご病気
「○」過去にかかったご病気

2 かかりつけの医療機関

医療機関	電話番号

3 緊急時のルール

私が意思表示できない場合、次の方法で搬送してください。

☐ かかりつけ医療機関を優先

※状態により希望に添えない場合があります

☐ 救急隊に一任する

☐ その他（ ）

4 署名

救急隊が搬送する際にこの情報を利用すること、及び搬送先の医療機関に伝えることに同意します。

年 月 日

氏名

1 治療中または過去にかかったご病気

記号	病名	医療機関

記号：「◎」治療中のご病気
「○」過去にかかったご病気

2 かかりつけの医療機関

医療機関	電話番号

3 緊急時のルール

私が意思表示できない場合、次の方法で搬送してください。

☐ かかりつけ医療機関を優先

※状態により希望に添えない場合があります

☐ 救急隊に一任する

☐ その他（ ）

4 署名

救急隊が搬送する際にこの情報を利用すること、及び搬送先の医療機関に伝えることに同意します。

年 月 日

氏名