

緊急時に対応すべき医療情報

ふりがな 氏名		性別 男・女
生年月日	年 月 日	
住所		
電話番号		
血液型		
診断名		
使用薬剤名		
禁忌薬剤名		
主な合併症		
アレルギー		
医療券 No.		
医療券 No.		
医療券 No.		
緊急時の対応		
その他		