第１号様式（第２条関係）

医療情報用紙（この面は必ず記入してください）

記入日：　年　月　日

自分の情報	
ふりがな	
名　前	
住　所	
電話番号	
生年月日	

緊急連絡先		
連絡先１	名　前	
	続　柄	
	電話番号	
	携帯番号	
連絡先２	名　前	
	続　柄	
	電話番号	
	携帯番号	

第１号様式（第２条関係）

医療情報用紙（この面は、できる限り記入してください）

持　病	かかっている病院

服薬内容（現在、飲んでいる薬）

アレルギー