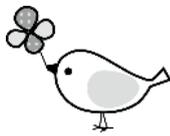


緊急時  きずなカード



ふりがな

氏名 _____ 血液型 _____ 型 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

TEL _____ (_____) _____

presented by かつしか社会福祉士会

緊急連絡先① 氏名 _____ 続柄 _____

TEL _____ (_____) _____ TEL _____ (_____) _____

緊急連絡先② 氏名 _____ 続柄 _____

TEL _____ (_____) _____ TEL _____ (_____) _____

病名 _____

食物・薬剤アレルギー _____

かかりつけ病院名 _____

TEL _____ (_____) _____ 科 _____ 医師 _____