

## 健康の記録

	名 前	電 話		
緊急連絡先 1				
	e-mail			
緊急連絡先 2				
	e-mail			
血液型	型 (RH+ RH-)			
健康保険証又は 後期高齢者医療証 (75歳以上)	NO.	保管 場所		
介護保険証	NO.			
既往症 アレルギー				
いつも飲んでいる 薬				
かかりつけ病院	住所／電話		科目	医師名
かかりつけ病院	住所／電話		科目	医師名
知らせておきたい こと				