

2026年度 滋賀県育成センター 緊急連絡カード

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

緊急時、このカードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。
(チェックを入れてください。)

◆本人情報

ふりがな		性別	血液型		
氏名		男 ・ 女	A ・ B ・ O ・ AB 型 ・ 不明 (RH+ / -)		
生年月日 (西暦)		身長	cm	体重	kg

◆医療情報

運動中、運動後に、これらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください	失神 ・ 意識障害 ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ 脈の不整 動悸 ・ めまい ・ 痙攣
食物アレルギー	無 ・ 有 (食物名: _____)
薬アレルギー	無 ・ 有 (薬名: _____)
常用している薬	無 ・ 有 (薬名: _____)
現在治療中のケガや病気	無 ・ 有 (傷病名: _____)
今までにかかった病気やケガ	無 ・ 有 (傷病名: _____)
手術をしたことは?	無 ・ 有 (傷病名: _____)
その他、伝えたいこと	無 ・ 有 (_____)

◆緊急連絡先

氏名	電話番号	住所	本人との関係