

救急安心

きんすけくんカード



記入年月日 令和 年 月 日

住所		電話		
フリガナ氏名		生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日(歳)	血液型	
緊急時 連絡先	氏名	住所	電話	続柄

かかりつけ 病院	病院名 (科)
	病院名 (科)
治療中の病気	
普段飲んでいる薬	
アレルギー	有・無 ()
その他 伝えたいこと	



川西市消防本部

KAWANISHI FIRE DEPARTMENT