

緊急時の医療行為の参考になりますので、できる限り正確にお書き下さい。

| | | |
|----------|----|----|
| 持病はありますか | ある | 病名 |
| | ない | |

| | |
|--------------|----|
| 飲んでいる薬がありますか | ある |
| | ない |

| | | |
|--------------|----|---|
| かかりつけ医はどこですか | 病院 | 科 |
| | 医院 | |

| | | | |
|--------------|---------|---|------|
| 次の治療を受けていますか | ペースメーカー | ・ | 人工透析 |
|--------------|---------|---|------|

問い合わせ先

山県市 福祉課 22-6837