

外側の線で切り取ります

中の線で4つ折りにします

折りたたんだときは  
この面を表にしてね!

ふりがな 氏名			
住所	〒	血液型	
生年月日	大・昭・平	年	月 日生
FAX	(026)		

救急情報カード



**わたしは耳が聞こえません**

✓のついた方法で配慮をお願いします

- 手話通訳者を呼んでください
- 紙に書いて説明してください
- 口を大きく開けて話してください

◆手話通訳依頼はデフネットながのへ

電話 (026)229-5557

FAX (026)229-5558

月～金 8:30～17:15

(祝日と年末年始を除く)

緊急連絡先		
ふりがな 氏名		本人との関係
電話:		
ふりがな 氏名		本人との関係
電話:		

かかりつけ の病院	電話番号:
診療科 担当医	科 先生
治療中の 病気	
いつも飲んで いる薬	
特記事項	アレルギー( ) その他( )

自分が希望する方法に  
✓を入れてください

**わたしは耳が聞こえません**

✓のついた方法で配慮をお願いします

- 手話通訳者を呼んでください
- 紙に書いて説明してください
- 口を大きく開けて話してください