

消防署では、町内在住の一人暮らしで65歳以上の方を対象に「救急安心カード」を配布しています。ご希望の方は、ダウンロードして頂くか、消防署に連絡してください。(4-2119)



◎「救急安心カード」は、名前や生年月日、血液型、常用薬、かかりつけの病院、今治療中の病気、緊急時の連絡先などを書いておくカードです。

ふりがな氏名	消防 太郎	(男) (女)	かかりつけ病院	町立下川病院
住所	〒098-1206 下川町幸町63番地	血液型	診療科	TEL
生年月日	大・昭・平 ○○年○月○日	A	常用薬	
電話	4-○○○○		今かかっている病気	高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・喘息 不整脈・その他()
			アレルギー	あり()・なし
			その他 (おきたいこと)	

※下欄に緊急連絡先を記入してください

緊急連絡先	ふりがな氏名	消防 花子 (続柄: ○○)
	電話番号	○○○○-△△-□□□□
記入年月日: 年 月 日		

◎駆け付けた救急隊員は、あなたの意識状態が悪くても的確に状況を知ることができ、受入先の病院へ、いち早く必要な情報を伝えることが出来るものです。

また、緊急連絡先には、あなたが一番連絡してほしい人の連絡先を記入しておくことで、救急隊や医療機関が速やかに連絡してくれます。

◎記載したカードはカードケース等に入れ電話機の受話器（コードレスの場合は、電話機の充電器のコード）に取り付けてください。場所を統一することで、救急出動した際にわかりやすくするためです。



※下欄に緊急連絡先を記入してください		 <h1 style="text-align: center;">救急安心カード</h1> <p style="text-align: center;">下川消防署</p>		氏名	ふりがな		住 所	〒	(男・女)	血液型	生年月日	電 話
氏名	ふりがな											
緊急連絡先	電話番号			(続柄:)		かかりつけ 病 院	Tel		診療科	常用薬	今かかっている病氣	アレルギー
記入年月日: 年 月 日			あり () ・ なし		高血圧・糖尿病・脳卒中・心筋梗塞・喘息 不整脈・その他 ()							