

病気・受療状況、緊急連絡先 (20 年 月 日現在)

【お願い！】 私は、**難病患者**です。緊急時には、この記録を搬送先の医師に見せてください。

病名			
氏名(よみかた)	()	生年月日(才)	年 月 日 (才)
緊急連絡先1(続柄)	()	連絡先	- -
緊急連絡先2	()	連絡先	- -
住所			
自宅電話番号	- -		
保険証種類		記号・番号	記号 番号
特定疾患医療受給者証		公費負担番号	
身体障害者手帳	第 号 第 種 級		障害(
通院先医療機関	病院		科
診察券番号	(病院)
主治医	医師		
電話番号	(代表)	外来	- -
服薬中の薬	例)○デカドロン錠 0.5mg 3T(朝2、昼1) ○リリカカプセル75mg 5C(朝3、夕2)		
現在の症状	例)血液データ CRP- 0.03 抗好中球(MPO- 12) 検査日 '13年3月6日		

