

# 世帯情報

緊急医療情報用紙作成者は、家族氏名欄の左・続柄欄に○印をつけて下さい。  
 記入日 年 月 日 氏名 \*印不要

世帯主氏名	住所	自宅電話
(ふりがな)	湖南省 ( )	( ) —

続柄	家族氏名	性別	年齢	生年月日	血液型	携帯電話
世帯主	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —
	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —
	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —
	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —
	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —
	(ふりがな)		才	西暦・明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	RH +・- 型	有無 — —

関係	緊急連絡先	自宅電話	携帯電話	住所
	(ふりがな)	( )	有無 — —	
	(ふりがな)	( )	有無 — —	