|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救急医療情報キット  なまえ：  （自宅の電話番号：　　　　　　　　　）  □救急医療情報シート　　□自分の写真　　□保険証（コピー）　　□診察券（コピー）  □薬　　□お薬手帳（コピー）　　□　　　　　　　　□　　　　　　　　が中に入っています。  ◆キットを最終チェックした年月日（何か変更したときは、日付を記入してください。）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 年　　　月　　　日 | 4 | 年　　　月　　　日 | 7 | 年　　　月　　　日 | | 2 | 年　　　月　　　日 | 5 | 年　　　月　　　日 | 8 | 年　　　月　　　日 | | 3 | 年　　　月　　　日 | 6 | 年　　　月　　　日 | 9 | 年　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救急医療情報キット  なまえ：  （自宅の電話番号：　　　　　　　　　）  □救急医療情報シート　　□自分の写真　　□保険証（コピー）　　□診察券（コピー）  □薬　　□お薬手帳（コピー）　　□　　　　　　　　□　　　　　　　　が中に入っています。  ◆キットを最終チェックした年月日（何か変更したときは、日付を記入してください。）   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 年　　　月　　　日 | 4 | 年　　　月　　　日 | 7 | 年　　　月　　　日 | | 2 | 年　　　月　　　日 | 5 | 年　　　月　　　日 | 8 | 年　　　月　　　日 | | 3 | 年　　　月　　　日 | 6 | 年　　　月　　　日 | 9 | 年　　　月　　　日 | |