

緊急連絡用健康データ登録申込書

会員区分	会 員 ・ 非会員 ※何れかを○でお囲みください。		
ふりがな			生年月日
お名前			M・T・S・H 年 月 日
ご住所			
電話番号	携帯	自宅	
血液型	A型 B型 O型 AB型	Rh+/- ()	
血 圧	最大血圧()	最小血圧()	
掛かり付け医療機関 (あり ・ なし)			
医療機関名			
所在地			
担当科			
担当医			
電話番号			
今までにかかった病気			
治療中の病名			
現在の内服薬			
食物・薬物等のアレルギー			
その他特記事項			
緊急時連絡先			
第1連絡先	ふりがな		ご本人との関係
	お名前		
	電話番号		
第2連絡先	ふりがな		ご本人との関係
	お名前		
	電話番号		

事故や急病発生時にここに記載する私の情報を医療機関等の他の人に提供することを同意致します。
また、以上の情報に間違いはございません。

平成 年 月 日

署名 _____ (署名は直筆でお願い致します)

本データに関しては、当社の個人情報保護方針に従い、適切に管理致します。
尚、上記データに変更が生じた場合は、改めてご登録ください。