

救急安心カード

このカードを冷蔵庫に貼ってください！！
救急車を呼んだ時は、このカードを救急隊に渡してください！！
このカードには個人情報がたくさんあります。取扱いには十分注意してください！！

★救急車を呼ぶかどうか迷ったときは？
消防署にお問合せください。 ☎ 44-0650

★夜間における子どもさんの急病などで相談したいときは？
福岡県小児救急医療電話相談 ➡ ☎ ㊦ 8000
開設時間19時～翌朝7時(年中無休)
ダイヤル回線電話からは
0948-23-8270(筑豊地域)

★平日(夜間)・休日・祝日における応急診療は？

田川地区急患センター

田川市伊田2735-11

☎ 45-7199

(診療時間)

月～金曜日

19時～21時(内科)

土曜日

18時～23時(内科・小児科)

日曜・祝日

8月14～15日、12月31日～1月3日

9時～17時(内科・小児科・外科)

18時～23時(内科・小児科)

記入例	記入年月日 平成 23 年 11 月 9 日
ふりがな氏名 田川太郎	(男)・女
生年月日 明・大・昭・平 20 年 11 月 9 日	血液型 A 型
住所 田川市大字川宮△△△△	電話 0947-〇〇-××××
持病 (かかりつけ医等)	高血圧(○×医院)、狭心症(○△病院)
常用薬	降圧剤、糖尿病薬、喘息の薬 (できるだけ、薬剤名まで記入してください)
アレルギー	あり(特定の薬名、卵、そば、小麦など)・なし
手術歴	平成15年 心臓バイパス手術
その他 (伝えたい事)	

【お問い合わせ先】 田川地区消防本部(☎0947-44-0650)

記入年月日 平成 年 月 日			
ふりがな氏名		(男・女)	
生年月日 明・大・昭・平		年 月 日	血液型 型
住 所		電 話	
持 病 (かかりつけ医等)			
常用薬			
アレルギー	あり()・なし		
手術歴			
その他 (伝えたい事)			

記入年月日 平成 年 月 日			
ふりがな氏名		(男・女)	
生年月日 明・大・昭・平		年 月 日	血液型 型
住 所		電 話	
持 病 (かかりつけ医等)			
常用薬			
アレルギー	あり()・なし		
手術歴			
その他 (伝えたい事)			

緊急連絡先	①氏名 (続柄) 窓 - -
	②氏名 (続柄) 窓 - -

【お願い】 必要に応じて新しい情報に書き直してください。