

緊急連絡先シート

本人お名前（振り仮名）

血液型

型(RH +、-)

生年月日：

血圧

上(血管収縮期)

年齢：

mmHg,

下(血管拡張期)

緊急連絡先者のお名前（振り仮名）

mmHg

緊急連絡先者のご住所

〒

都道府県

市

区

町

番地

緊急連絡先電話番号：

()

連絡先ケータイ番号：

()

時間帯制限のある方はご明記して下さい。

時から

時まで(電話可、もしくは不可)

山岳保険加入者

契約保険会社 証券番号

保険会社電話番号：

()

健康保険証番号

救急用品の携帯 有 無 (有る方：

)

<病状をお持ちの方>

兆候と症状、アレルギー、処方薬などをご明記下さい。