

① 基本情報 Basic information 基本信息

記入日
Entry day
填写日期

年 月 日
Year Month Day
年 月 日

ふりがな 名前 Full Name 姓名					
生年月日 Date of Birth 出生日期	年 Year 年	月 Month 月	日 Day 日	現在 Present 现在	歳 Age 岁
性別 Sex 性别	男性・女性 Male 男 Female 女	血液型 Blood type 血型	型 Type	RH+	RH-
家族構成 Family form 家庭成员	独居・同居家族 () Alone 独居 Lodger 同居家属				

顔写真を
貼ってください

Identification
Photograph
(4.5cm×3.5cm)

请贴上脸部照片

緊急連絡先 Emergency contacts 紧急联系方式

名前 Full Name 姓名	電話番号 Phone number 电话号码	携帯番号 Mobile phone number 手机号码	続柄 Relation 亲属关系
	-	-	
	-	-	
	-	-	
	-	-	

② 医療機関情報 Medical institution information 医疗机关信息

病院名 Hospital 医院名称	担当医 Family doctor 主治医生	科 Speciality 科	電話番号 Phone number 电话号码
			-
			-
			-

備考/病歴等 Note/Medical history 备注/病历等



救急キット

同封物 チェック Checklist for enclosed forms 检阅容器内资料 请打勾

常用薬剤(写し) Medication (Copy) 常用药 (复印件)	診察券(写し) Patient's registration card (Copy) 就诊卡(复印件)	保険証(写し) Health Insurance Card (Copy) 保险证(复印件)
---	--	--

芦屋市
Ashiya City