

# GAIA練習会 メディカルパスポート

記入日: 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日 血液型 型
身長・体重	cm kg
緊急連絡先 氏名	続柄
緊急連絡先 電話番号	— —
希望参加 クラス	A ・ B ・ C ・ D

●病気・怪我について（持病・完治していない怪我）

---

---

●医療メモ

アレルギーと反応

使用中の薬

感染症の有無

本メディカルパスポートは重傷事故発生時、  
救急搬送の際に医療機関に情報を提供することを目的としています。  
この目的以外にここに記載された内容を第三者に提供することはありません。