

(切り取り線)

災害時緊急連絡カード

状態			
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日
氏名		年齢	歳
		血液型	Rh + ・ - 型
		性別	男 ・ 女
住所	〒 -		
自宅電話		携帯電話	
FAX		メール	
世帯状況	人世帯(構成:)		
緊急連絡先	氏名		
	住所		
	関係		
	電話番号		
広域避難場所			
避難所			
避難方法			

(切り取り線)

(切り取り線)

かかりつけの病院		連絡先	
主治医		病名	
服用薬			
必要な補装具 医療器材			
特殊な医薬品 などの入手先		連絡先	
身体 の 状況			
必要な 支援 医療ケア			
アレルギー			
その他伝 えたいこと			
民生委員		町内会 自治会	
介護保険 の認定		ケアマネ ジャー	
障害手帳 種類・番号	身体障害者手帳・療育手帳・ 精神障害者保健福祉手帳	等級: 番号:	
保険証 種類・番号			
同意書			
災害時にこのカードに記載する私の情報を、他の人に提供することに同意します。			

(切り取り線)

(記入例)			
状態	耳が聞こえません		
フリガナ	1日7歳型		
氏名	ご自身や家族の写真と一緒にしておく		
住所	ご自身や家族の写真と一緒にしておく		
自宅電話	044-****	携帯電話	090-****-****
FAX	044-****	メール	*****@xxxxxx.ne.jp
世帯状況	3人世帯(構成: 母、子 *日)		
緊急連絡先	氏名	川崎 はなお	川崎 ハナ
	住所	川崎区〇〇×町1番地	世田谷区〇〇〇
	関係	子 (〇〇△株式会社勤務)	妹 (△△学園高校通学)
	電話番号	044-* 広域避難場所と、避難所は、お住まいの地域によって異なるので事前に確認しておきましょう。	
広域避難場所	×□公園 『災害時要援護者避難支援制度』で、避難方法を事前に確認している等の場合は、災害情報の伝達方法や、避難所までの避難方法について記入しましょう。		
避難所	○△小学校		
避難方法	○×△町内会の方が来て、避難場所まで避難支援してもらう。		

かかりつけの病院	○△クリニック	連絡先	045-***-****
主治医	○△先生	病名	□〇△×症
服用薬	○*△薬、*△*△薬 *□*□薬	自分の身体がどういう状況で、どんな介護や支援や物資が必要か、その他気になることや伝えたいことを、災害時を想定して全部書き出しておきましょう。	
必要な補装具医療器材	ストマ装具・インスリン		
特殊な医薬品などの入手先	○△薬局	連絡先	044-***-****
身体の状態	耳が聞こえません。手話通訳か、無理なら筆談をお願いします。		
必要な支援医療ケア	ストマ装具の支給をお願いします。足が悪く、車椅子が無いと移動できません。		
アレルギー	そばアレルギーがあります。日中は、〇〇〇にいることが多いです。		
その他伝えたいこと			
民生委員	□〇 △子	町内会自治会	○×△町内会
介護保険の認定	要介護3	ケアマネジャー	〇〇〇〇 居宅介護支援事業所 ○田△子
障害手帳種類・番号	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳	等級: 1種 2級	番号: 神奈川県 第123456号
保険証種類・番号	緊急時には、カードの情報は他の人へ提供されることをあらかじめご了解ください。		
同意書			
災害時にこのカードに記載する私の情報を、他の人に提供することに同意します。			