

(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・令・西暦 年 月 日	
氏名	年齢	歳	
	血液型	Rh + . - 型	
住所	性別	男 . 女	
	〒 -		
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			
<b>同意書</b>			
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)

(切り取り線)

<b>( 記入例 )</b>			
状態	<b>耳が聞こえません</b>		
フリガナ	フリガナ		
氏名	氏名		
住所	住所		
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-* 〇四四-*	
広域避難場所	×□公園		
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。		

(切り取り線)

(切り取り線)

かかりつけの病院	○△クリニック	連絡先	045-***-****
主治医	○△先生	病名	□○△×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-***-****
身体状況	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	□○ △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。			

(切り取り線)