

(切り取り線)

(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)

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)

(切り取り線)

(記入例)			
状態	耳が聞こえません		
フリガナ	記入した連絡カードは、財布やかばんの中に入れて、常に携帯してください。または、家族や知人にあらかじめ渡しておきましょう。さらに、家の分かりやすい場所に置くなどして、災害に備えましょう。		
氏名	ご自身や家族の写真と一緒にしておく災害時の安否確認に役立ちます。		
住所	1日 7歳 型		
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	×〇公園		
避難所	〇△小学校		
避難方法	〇×△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	〇△クリニック	連絡先	045-***-****
主治医	〇△先生	病名	□〇△×症
服用薬	〇*△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	〇△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、〇〇〇にすることが多いです。		
その他伝えたいこと			
民生委員	□〇 △子	町内会自治会	〇×△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 〇田△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)