

安心カード

本人		
フリガナ 氏名	男・女 生年月日： 年 月 日	
住所	電話FAX： メール：	
心身の状況		
血液型	A B O AB RH (+・-)	
既往症	疾患名	気をつけること
障害の 内容		
避難時にお願いしたいこと		
避難する際に必ず持ち出すもの		
薬	なし・あり →	薬名
医療用具 装具など	なし・あり →	
その他		

連絡先		緊急連絡先に○印を
家族	氏名	続柄
	携帯電話	
家族	氏名	続柄
	携帯電話	
友人	氏名	
	携帯電話	
相談支援 事業所	事業所名	
	担当者	
	電話	
ケアマネ ジャー	事業所名	
	担当者	
	携帯電話	
かかりつ け医療機 関	病院名	
	主治医氏名	
	電話	
医療機器 事業者	事業所名	
	担当者	
	電話	
薬局	事業所名	
	担当者	
	電話	
その他		