災害・避難者カード（Ａ７タイプ）

　　　　　　　　　　　　　表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏

|  |
| --- |
| わたしの情報 |
| ふりがな名　前 |  | 性別 | 常備薬 |  |
|  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 血液型 |  A・B・AB・O(RH +　-) |  |
| 住　所 |  | ｱﾚﾙｷﾞｰ持　病 |  |
| 自宅電話 |  |  |
| 携帯電話 |  | かかりつけ医療機関 | 名称 |  |
| 職場･学校 |  | 住所 |  |
| 障害の有無 |  | 電話 |  |
| 治療中の疾患 |  | 健康保険 | 〇社会保険　　　〇共済組合〇国民健康保険　〇後期高齢者 |
| 緊急連絡先(名前･電話) |  |
|  | 番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 災害用伝言ダイアル | その他の情報 |
| １７１にダイアルガイダンスに従って利用する再生｢２」２録音｢１｣自分の伝言を登録する家族の伝言を確認する(ガイダンス)自宅等の電話番号を入力伝言を入れる(30秒以内)伝言を聞く(ガイダンス)【体験利用日 毎月1日、15日】 | 避難所 | 1: |
| 2: |
| 3: |
| 家族の集合場所 | 1: |
| 2: |
| 声掛け |  |
|  |
| メモ欄 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| わたしの情報 |
| ふりがな名　前 |  | 性別 | 常備薬 |  |
|  |  |
| 生年月日 |  |  |
| 血液型 | A・B・AB・O(RH +　-) |  |
| 住　所 |  | ｱﾚﾙｷﾞｰ持　病 |  |
| 自宅電話 |  |  |
| 携帯電話 |  | かかりつけ医療機関 | 名称 |  |
| 職場･学校 |  | 住所 |  |
| 障害の有無 |  | 電話 |  |
| 治療中の疾患 |  | 健康保険 | 〇社会保険　　　〇共済組合〇国民健康保険　〇後期高齢者 |
| 緊急連絡先(名前･電話) |  |
|  | 番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 災害用伝言ダイアル | その他の情報 |
| にダイアル１７１ガイダンスに従って利用する再生｢２」２録音｢１｣家族の伝言を確認する自分の伝言を登録する(ガイダンス)自宅等の電話番号を入力伝言を入れる(30秒以内)伝言を聞く(ガイダンス)【体験利用日 毎月1日、15日】 | 避難所 | 1: |
| 2: |
| 3: |
| 家族の集合場所 | 1: |
| 2: |
| 声掛け |  |
|  |
| メモ欄 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |