

別表17

<表面>

防災カード					
ふりがな 氏 名		男女	(生年月日) 年 月 日生		
住 所					
電話・FAX		血液型	A・B・O・AB		
医療保険	1. 健保 2. 国保 3. 共済 4. その他 ()				
障 害 者 手 帳	1. 身障手帳 (種 級) 2. 療育手帳 (区分) 3. 精神障害者保健福祉手帳 (級) 4. 手帳なし				
緊急時の 連絡先	①	氏名 (ふりがな)		関係	
		住 所			
		電話・FAX			
	②	氏名 (ふりがな)		関係	
		住 所			
		電話・FAX			
メッセージ					

<裏面>

所属団体（障害者団体・ボランティア団体等）や日頃の通所場所等	名 称	
	所 在 地	
	電話・FAX	
かかりつけの医療機関など	名 称	
	所 在 地	
	電話・FAX	
	担 当 医	
治療中の疾患や治療内容など		
使用薬・容量・服薬上の注意		
補装具・医療ケアに必要な器具	器 具 名	
	メーカー名	
	取扱点連絡先	
	備 考	
必要とする援助		