

＜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	ふりがな 氏 名		関係	
		住 所			
		電話・FAX			
	②	ふりがな 氏 名		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	
	取扱店連絡先	
	備 考	
必要とする援助		