


(ふりがな)	
氏名	
住所	
生年月日	S・H・R 年 月 日
緊急連絡先 (家族等)	(続柄：) TEL： - -
血液型	(型) Rh + -
支援者 事業所	TEL： - -
かかりつけ 医療機関	(主治医：) TEL： - -
所持手帳・介護度	<input type="checkbox"/> 身体(級) <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神(級) <input type="checkbox"/> 介護度()
配慮事項	<input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他
配慮事項詳細	

記入年月日 年 月 日



三原市防災カード 
あなたの協力ありがとう
あなたのご協力ありがとうございます

のりしろ

のりしろ

このカードの中に
「私のこと」や「お願いしたいこと」が
書いてあります。

中を開いて見てください。