

安心カード

救急・火事は

119番



警察は

110番

大聖寺警察署

☎72-0110



わたしが避難する場所：初めは _____、次は _____ です。

緊急時の連絡先

作成日 年 月 日

(ふりがな) 世帯主名	_____		自宅の 電 話	() - _____	
	_____			_____	
住 所	加賀市			自宅まで の目標物	_____
	_____				_____
(ふりがな) 家 族 等 連 絡 先	氏名	_____	続柄	_____	電 話 () - _____
	氏名	_____	続柄	_____	携帯電話 - - _____
	氏名	_____	続柄	_____	電 話 () - _____
	氏名	_____	続柄	_____	携帯電話 - - _____
民生委員	氏名	_____		電 話 () - _____	携帯電話 - - _____
担当ケア マネジャー	氏名	_____	事業所名	_____	電 話 () - _____
そ の 他	1. 福祉協力員 氏 名		_____		電 話 () - _____
	2. 福祉サービス事業所 事業所名		_____		携帯電話 - - _____
	3. その他		_____		_____

医療・身体情報 (該当するものに○印または☑をつけてください。)

(ふりがな) 氏 名	作成日		年	月	日
	性別		血液型		型
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	(歳)
かかりつけの 医療機関	科				
	科				
	科				
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
避難所までの 移動に必要な項目	<input type="checkbox"/> 介助が必要 ※身体的理由のみも含む <input type="checkbox"/> 用具が必要 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他())				
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神				
医療処置 (重複選択可能)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他 ※薬、医療用具など伝えたいこと()				

(ふりがな) 氏 名	作成日		年	月	日
	性別		血液型		型
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	(歳)
かかりつけの 医療機関	科				
	科				
	科				
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
避難所までの 移動に必要な項目	<input type="checkbox"/> 介助が必要 ※身体的理由のみも含む <input type="checkbox"/> 用具が必要 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他())				
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神				
医療処置 (重複選択可能)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他 ※薬、医療用具など伝えたいこと()				

※救急時や災害時の支援に役立てるため、この「安心カード」の情報を、民生委員児童委員、町内会組織、市、消防、地区社会福祉協議会、警察など避難支援等関係者が共有しています。