# 安心カード

作成日　令和　　年　　月　　日

| 本人 | | |
|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名 | | 男　・　女 |
| | | 生年月日　　年　　月　　日 |
| 住　所 | | 電話FAX |
| | | メール |

| 心身の状況 | | |
|---|---|---|
| 血液型 | A　B　O　AB　RH（＋・－） | |
| 既往症 | 疾患名 | 気をつけること |
| | | |
| | | |
| | | |
| 障害の内　容 | 身障手帳 | |
| | 介護保険 | |

| 避難時にお願いしたいこと |
|---|
| |

| 避難する際に必ず持ち出すもの | | |
|---|---|---|
| 薬 | なし<br>あり→ | |
| 医療用具<br>装具など | なし<br>あり→ | |
| その他 | **健康保険証、お薬手帳** | |

| 連絡先　緊急連絡先に〇印を | | |
|---|---|---|
| 家　族 | 氏名 | |
| | 続柄 | |
| | 電話 | |
| 家　族 | 氏名 | |
| | 続柄 | |
| | 電話 | |
| 友人、支援者 | 氏名 | |
| | 電話 | |
| 相談支援事業所 | 事業所名 | |
| | 担当者 | |
| | 電話 | |
| ケアマネージャー | 事業所名 | |
| | 担当者 | |
| | 電話 | |
| かかりつけ医療機関 | 病院名 | |
| | 主治医 | |
| | 電話 | |
| 医療機器事業者 | 事業所名 | |
| | 担当者 | |
| | 電話 | |
| 薬　局 | 事業所名 | |
| | 担当者 | |
| | 電話 | |
| その他 | | |

※　緊急時に、手助けに来てくれた人にこの安全カードを見せて、対応してもらいましょう。

（岐阜市身体障害者福祉協会）