

防災カード 障害種別()

氏名	男・女 TEL FAX					
住所						
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	血液型	型
保護者				続柄		
緊急連絡先				TEL FAX		
家族避難場所				TEL FAX		
<input type="radio"/> 家族 集合場所				TEL FAX		

<input type="radio"/> 関係 施設				TEL FAX
医療機関名				TEL FAX
主治医名				
クスリ名・量 服薬上の注意 治療中の疾患				
保険証番号				
その他	(例) 安全なところへ連れて行ってください			