個別支援カード（要支援者用）

作成日：　　年　　月　　日

避難行動要支援者（本人）	
ふりがな 氏名	男　・　女 生年月日：　　年　　月　　日
住所等	TEL: FAX:

日常受けている福祉サービスの内容

医療情報			
血液型	A ・ B ・ O ・ AB　　Rh（＋・－）		
治療中の疾患・合併症	疾患名	治療内容	備考

非常持ち出し品リスト				
服用薬	薬　品	量	形(色)	服薬時間
				朝･昼･夕
				朝･昼･夕
				朝･昼･夕
	※この欄に記入しきれない場合は薬局の「お薬一覧」やお手持ちの「おくすり手帳」を一緒に挟み込んでください。			
補装具及び医療ケアに必要な物品等	メーカー	製品名		サイズ等

連絡先	
支援担当者等	1）　（役職：　　） TEL: 2）　（役職：　　） TEL:
友人・知人	1） 住所：　TEL: 2） 住所：　TEL:
福祉サービス提供者	1） TEL: 2） TEL:
主治医又は病院名	TEL:
薬局名	TEL:
補装具等事業者名	TEL:

緊急連絡先	
氏名	（続柄：　　）
住所等	TEL: FAX:
氏名	（続柄：　　）
住所等	TEL: FAX:

メモ

世田谷区

防災カード

○ 一時集合所：

○ 広域避難場所：

○ 避　難　所　：

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿