|  |  |
| --- | --- |
|  | 【利用している事業所】事業所名①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【基本情報①】　　　要援護者登録　　有・無氏　名　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　生年月日　　Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　避難場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ☆私にはこんな特性（特徴）があります。☆こんなことが苦手です。 |
| 【基本情報②】★緊急連絡先①★

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 続柄（　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 電話番号 |  |

★緊急連絡先②★

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 続柄（　　　） |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 電話番号 |  |

 | ☆こんな配慮があると助かります。 |
| 【医療情報①】病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　血液型　　　Ａ・Ｂ・Ｏ・ＡＢ　　　ＲＨ　＋・－　　　その他の病院 | 【その他】 |
| 【医療情報②】飲んでいる薬アレルギー等 | 【自由記述欄】〈問い合わせ先〉豊川市福祉部福祉課　　☎0533(89)2159 |

〈作成方法〉外周を切り取る

①～⑤を順に折る。　　　　　　　「やまおり」　　　　　　　「たにおり」

る