|  |  |
| --- | --- |
|  | 【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