

■パーソナルカード

ひらがな		血液型
氏名		型 Rh
生年月日	年 月 日	
住所		
アレルギー、持病の有無		

家族の連絡先

氏名	緊急連絡先

かかりつけ医

病院名	連絡先

かかりつけ薬局

薬局名	連絡先

避難後の家族の集合場所

集合場所	
待ち合わせる時間	午前 時から 午前 時の間 午後 午後

困ったときに頼る人

名前	連絡先

災害時伝言ダイヤル

1 7 1

録音は「1」

再生は「2」

伝言ダイヤルで使用する電話番号を入力
(加入電話は市外局番から入力、携帯は番号を登録)

(- -)

※録音は1件30秒までです。

音声案内に従って操作します

家族の写真