

20 年 月 日現在

## 緊急時(災害時)のおねがい

私はアレルギーを持っています。  
私が倒れている場合には、救急車  
を呼んで、病院へ大至急運んで  
ください。

**すぐに読んでください。**

ふりがな

氏名：  
\_\_\_\_\_

血液型： \_\_\_\_\_ (Rh + -)

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳

性別： 男・女

住所：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
\_\_\_\_\_

保護者氏名：  
\_\_\_\_\_

保護者氏名：  
\_\_\_\_\_

私は 食物アレルギー

喘息 アトピー性皮膚炎

その他 \_\_\_\_\_ です。

症状は 喘息 じんましん

嘔吐 下痢 呼吸困難

\_\_\_\_\_ が出ます。

私は、\_\_\_\_\_ で、

**アナフィラキシーショック**を  
起こしたことがあります。

私は 卵・乳・小麦・そば・落花生

えび・かに・キウイフルーツ・りんご

オレンジ・もも・いか・いくら

あわび・さけ・さば・牛肉・鶏肉

豚肉・くるみ・大豆・まつたけ

やまいも・ゼラチン・バナナ

\_\_\_\_\_ にアレルギーを起こします。

## 緊急連絡先

名 前	続柄等	連絡先(TEL等)

## かかりつけ医院

病院名：  
\_\_\_\_\_

住所：  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
\_\_\_\_\_

服用薬：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 家族の集合場所避難先

避難先 1  
名称：  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
\_\_\_\_\_

避難先 2  
名称：  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
\_\_\_\_\_

集合場所  
名称：  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
\_\_\_\_\_

## メモ

Blank area for notes.