

「わが家の防災メモ」

家族構成	氏名 (フリガナ)	生年月日	年齢	性別	けつえきがた 血液型	治療中 の病気	薬や食物の アレルギー
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
						あり なし 有・無	あり なし 有・無
★病気やアレルギーが「有」の場合は、備考欄に必要事項を記入する。							
ペット	名前	動物種 (品種)	性別	特徴	犬の 登録	狂犬病 予防注射	
					あり なし 有・無	済・未	
					あり なし 有・無	済・未	
					あり なし 有・無	済・未	
					あり なし 有・無	済・未	
緊急連絡先	※災害用伝言ダイヤル「171」を録音する番号も決めておく。						
避難先	一時集合場所： 避難場所： 避難所：						
自主防災組織名 (町会名)							
非常時持出品の 主なもの ※登山やキャンプ に必要なものをイ メージしてみよう。	貴重品	<input type="checkbox"/> 現金 (小銭も) <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証					
	避難用具	<input type="checkbox"/> 懐中電灯 <input type="checkbox"/> ヘルメット <input type="checkbox"/> ホイッスル (笛) <input type="checkbox"/> リュックサック					
	医薬品	<input type="checkbox"/> 絆創膏、消毒液、包帯など <input type="checkbox"/> 処方箋の控え (おくすり手帳) <input type="checkbox"/> 常用薬					
	衛生用品	<input type="checkbox"/> 携帯トイレ <input type="checkbox"/> トイレットペーパー <input type="checkbox"/> ウェットティッシュ <input type="checkbox"/> 生理用品					
	生活用品	<input type="checkbox"/> 携帯電話・充電器 <input type="checkbox"/> 携帯ラジオ <input type="checkbox"/> 乾電池 <input type="checkbox"/> メガネ (コンタクト) <input type="checkbox"/> 軍手 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> ライター (マッチ) <input type="checkbox"/> 万能ナイフ <input type="checkbox"/> ポリ袋・ビニール袋 <input type="checkbox"/> 新聞紙 <input type="checkbox"/> ペットの写真					
	衣類品	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 雨具・防寒具 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> タオル					
	食料品	<input type="checkbox"/> 非常食 <input type="checkbox"/> 飲料水 <input type="checkbox"/> アレルギー対応食品 <input type="checkbox"/> 粉ミルク <input type="checkbox"/> ペットフード					
備考	★治療中の病気が「有」の家族は、病名、かかりつけの病院、常用薬、注意事項などを記入する。 ★薬や食物のアレルギーが「有」の家族は、薬品名、食品名、注意事項などを記入する。						