

# わたしの防災メモ



名前：

血液型 型 (Rh + -)

生年月日： 年 月 日

性別：

住所：  
  
\_\_\_\_\_

電話番号：  
  
\_\_\_\_\_

## 【緊急連絡先】

名前	続柄	連絡先

## アレルギー情報

私は、

- ・食物アレルギー
- ・ぜんそく
- ・アトピー性皮膚炎
- ・その他（ ）です。

症状は、

- ・ぜんそく              • じんましん
- ・嘔吐                  • 下痢
- ・呼吸困難
- ・その他（ ）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。**

## 食物アレルギー情報

私は、

えび	かに	くるみ	小麦
そば	卵	乳成分	落花生
アーモンド	あわび	いか	いくら
オレンジ	カシューナッツ	キウイ	牛肉
ごま	さけ	さば	大豆
鶏肉	バナナ	豚肉	マカダミアナッツ
もも	やまいも	りんご	ゼラチン

その他 \_\_\_\_\_ に、

**アレルギーを起こします。**

**【かかりつけの病院】**

病院名：

住所：

電話番号：

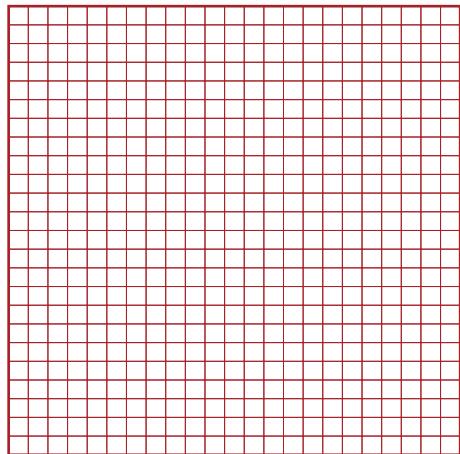
服用薬：

**【家族の集合場所】**

名称：

電話番号：

地図：



**【避難所①】**

名称：

電話番号：

**【避難所②】**

名称：

電話番号：

**【避難所③】**

名称：

電話番号：

**【メモ】**

