

わたしの防災メモ

名前

血液型 型 (R h + -)

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：

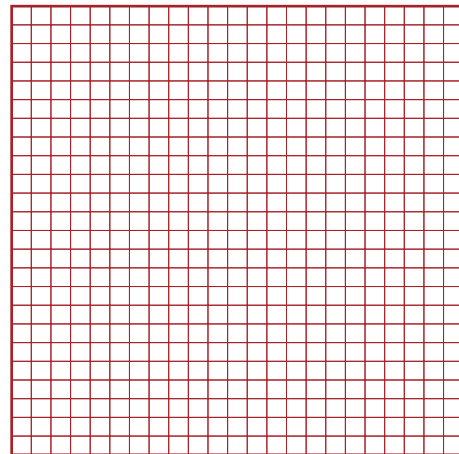
服用薬：

【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】

