

お子さんの情報（災害パスポート）

プロフィール

（20 年 月現在）

ふりがな		男	血液型		写真貼付欄
氏名		女	体温 (平熱)		
ニックネーム		生年	昭和・平成・令和		
保護者氏名		月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒				
家族構成（任意）					
かかりつけ医 (主治医)					
(電話番号)					
専門病院 (主治医)					
(電話番号)					
診断名					
服薬中の薬	種類 () 薬剤名 () / 服薬回数 回/日、食前・食後・食間・頓服				
アレルギー	なし・あり ()				
移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立 移動に必要な道具 ()				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他 () YES/NOサイン				

緊急連絡先

	氏名	続柄	電話番号
①			
②			
③			

★配慮してほしいこと（必要なこと）