

(裏面)

所属団体(障がい者団体など)や日頃の通所場所など	名称			
	所在地			
	電話		F A X	
かかりつけの医療機関など	名称			
	所在地			
	電話		F A X	
	担当医			
治療中の疾患や治療内容、既往症など				
使用薬・用量・服用上の注意				
舗装具・医療的ケアに必要な器具	用 具 名			
	メーカ ー 名			
	取扱店連絡先			
	備 考			
アレルギーの有無	有 無	(有の場合その内容)		
避難所				
必要とする援助				

参考：大阪府災害時要援護者支援プラン作成指針（19.3）