


斑鳩町

命のパスポート

命のパスポート



斑鳩町
総務課
TEL 0745-74-1001

わたしの記録

ふりがな			
氏名	奈良県生駒郡斑鳩町		
住所			
生年月日	年	月	日
血液型	A, B, O, AB型 (Rh+)		
健康 保険証	記号番号	保険者番号	

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

■常用薬
(薬の名称と服用数量)

■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電 話: _____

病院名: _____
電 話: _____

病院名: _____
電 話: _____

■持病・アレルギー等

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電 話: _____

災害が起きたら

- ① まずは、自分自身の「安全確保」
- ② 危険な場合や、行政・消防・警察などから指示があった時には、すぐに「避難」
- ③ 落ち着いて、家族などの「安否確認」
- ④ デマに惑わされず、正しい「情報収集」
- ⑤ 無理はせず、できる場合は「助け合い」
- ⑥ 支援が必要な時には自分から「声をあげましょう」

我が家の避難計画

■自治会名
(自主防災組織名)

■一次避難地

■指定避難所

【一次避難地】
一時的に自主避難できる場所
【指定避難所】
町が指定した避難所

家族の連絡先

氏名	続柄
連絡先	
氏名	続柄
連絡先	
氏名	続柄
連絡先	
氏名	続柄
連絡先	

メモ欄

災害伝言ダイヤル

録音方法 171

1

(□□□)-□□□-□□□□
被災地の人は自宅電話番号を
被災地以外の方は被災地の番号を

伝言を録音

再生方法 171

2

(□□□)-□□□-□□□□
被災地の人は自宅電話番号を
被災地以外の方は被災地の番号を

録音を聞く

東日本大震災時は、被災者の持病やアレルギー・常用薬・緊急連絡先などの情報がわからないために、迅速な救助活動に支障が生じるという状況がありました。

『命のパスポート』は、あらかじめそれぞれが災害時の被災者支援に必要な情報を記載することで、いざというときに備えるためのカードです。

財布や定期入れ、手帳などに収納して、いつも持ち歩くようにしましょう。

使い方

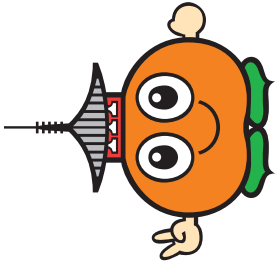


- ◆ 1冊の冊子で、6人分の『命のパスポート』が作成できます。必要に応じて、切り取ってご利用ください。
- ◆ 冊子から切り取った『命のパスポート』を折り畳むと、運転免許証とほぼ同じサイズになります。
災害時に備えて、財布や手帳、定期入れなど、常に身につけるものに収納して、携帯するようにしてください。
- ◆ この冊子が追加で必要となる場合は、斑鳩町役場総務課、各公民館、いかるがホール、生き生きプラザ斑鳩にて配布しています。
- ◆ 『命のパスポート』に関することでお尋ねになりたいことがあれば、下記担当までご連絡ください。

担 当

斑鳩町役場 総務課 消防防災係
TEL.0745-74-1001(代表) FAX.0745-74-1011
e-mail:soumu@town.ikaruga.nara.jp

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

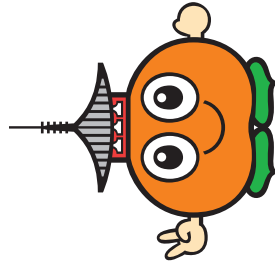
■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

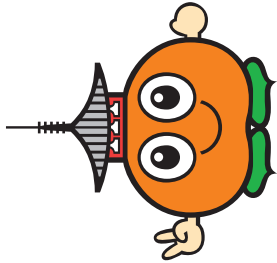
■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

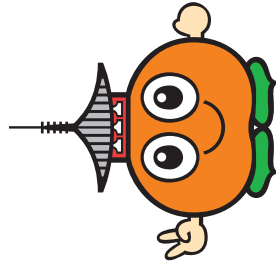
■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

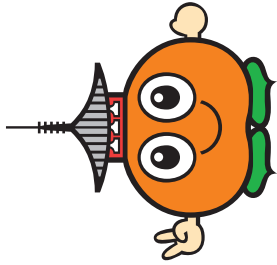
■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

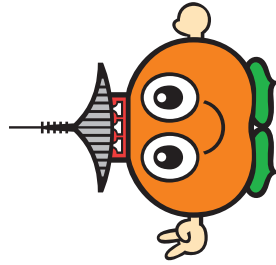
■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

命のパスポート



斑鳩町
総務課

TEL 0745-74-1001

わたしの記録

■身体状況・介護状況

※必要な支援内容等も記入しましょう

やまおり

■持病・アレルギー等

たにおり

■常用薬 (薬の名称と服用数量)

たにおり

■かかりつけ医療機関

病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____
病院名: _____
電話: _____

■利用中のサービス事業所

事業所名: _____
電話: _____

