

登録用紙【記入例】

■ 基本情報（必須）

携帯電話 ・ スマートフォン

氏名【必須】	消防 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 浦安市障がい福祉課 <input type="checkbox"/> 「浦安市消防本部」
フリガナ【必須】	ショウボウ タロウ	【注意!!】 「o」（オー）と「0」（ゼロ） 「l」（エル）と「1」（イチ） など、わかりやすく記入してください。
メールアドレス【必須】	shouboutaro @ docomo.ne.jp	
性別【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日【必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成 50年 5月 5日	
住所【必須】	浦安市猫実〇—〇—〇 〇〇マンション1001	
住所備考	例) オートロックの暗証番号など オートロック暗証番号1234 スーパー〇〇のとなり	
電話番号	047 - XXXX - XXXX	
FAX番号	047 - XXXX - XXXO	
障がい内容	難聴	手話必要の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
備考	同じマンションに両親が住んでいます	

* 赤文字の選択項目は必ず登録時に担当者により入力すること。

■ 緊急連絡先（任意）

通報したときに知らせてほしい方がいれば以下に記入してください。

名称【必須】	消防 一郎		
本人との関係【必須】	父		
電話番号	047 - XXXX - 0000		
FAX番号	047 - XXXX - XX00		
メールアドレス	shoubouichiro @ docomo.ne.jp		
住所	浦安市猫実〇—〇—〇 〇〇マンション1002		
備考	父は健聴者です		

■ よく行く場所（任意）

自宅以外でよく行く場所（勤務先や学校など）があれば記入してください。

名 称 【 必 須 】	株式会社ドーン（勤務先）
住 所 【 必 須 】	東京都港区芝大門2-12-9 HF 浜松町ビルディング2F
備 考	

名 称 【 必 須 】	
住 所 【 必 須 】	
備 考	

■ 医療情報（任意）

持病やいままでにかかった重い病気、かかりつけの病院などがあれば記入して下さい。

血 液 型	<input type="checkbox"/> A型 / <input type="checkbox"/> B型 / <input checked="" type="checkbox"/> O型 / <input type="checkbox"/> AB型 (RH : <input type="checkbox"/> + / <input type="checkbox"/> - / <input checked="" type="checkbox"/> 不明)
持 病	糖尿病
常 用 薬	
ア レ ル ギ ー	なし
医 療 機 関	〇〇大学病院 〇〇先生
備 考	月1回インシュリン投与のため通院