

โรงพยาบาลประจำ		บัตรข้อมูลส่วนบุคคล ยามเกิดภัยพิบัติ			
ชื่อโรงพยาบาล					
ที่ตั้ง					
หมายเลขโทรศัพท์					
แพทย์เจ้าของไข้		จุดนัดพบชั่วคราว			
อาการป่วย / อาการแพ้		ศูนย์หลบภัย			
ยาสามัญประจำบ้าน		สถานที่หลบภัย			
		หมายเลขฝากข้อความเมื่อเกิดภัยพิบัติของ NTT... 171 อัคคีภัย/เหตุอุกเหิน... 119 สถานีตำรวจ... 110			

ข้อมูลของฉัน				หมายเลขติดต่อของครอบครัว			
ชื่อนามสกุล		ชาย		ชื่อนามสกุล		ชาย	
(วันเกิด	วันที่	เดือน	ปีค.ศ.)	ชื่อนามสกุล		หญิง	
ที่อยู่				ชื่อบริษัท	(- -)		
				(หมายเลขโทรศัพท์)			
ที่อยู่				ที่อยู่			
หมายเลขโทรศัพท์				หมายเลขโทรศัพท์			
กรุ๊ปเลือด	A / B / AB / O	Rh + / -		ความสัมพันธุ์			
หมายเลขติดต่อของผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิกครอบครัว (ญาติ / เพื่อน / อื่นๆ)							
ชื่อนามสกุล				หมายเลขโทรศัพท์			
ที่อยู่				อื่นๆ			