



紧急情况

随身携带手册

你的联络细节

姓名

地址

电话

 邮政编码

家

手机

工作地点

电子邮件

紧急情况及首都领地联络信息

警察、消防队或救护车

000

警察援助电话

131 444

州立救险服务(暴雨或洪水救援)

132 500

制止犯罪电话

1800 333 000

笔译与口译服务

131 450

堪培拉联络电话

132 281

澳洲医疗卫生服务

1800 022 222

事先考虑

做好准备

注意安全

你的紧急情况备用包内容

为了保证在紧急情况时有所准备，请务必收拾好一个必需品备用包。

你的备用包里应有哪些物品

你应该考虑以下物品：

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 电池收音机 | <input type="checkbox"/> 换洗衣服 | <input type="checkbox"/> 可长期存放的零食和水 |
| <input type="checkbox"/> 手电筒 | <input type="checkbox"/> 毛毯 | <input type="checkbox"/> 房子和/或者汽车的备用钥匙 |
| <input type="checkbox"/> 手电筒和收音机的备用电池 | <input type="checkbox"/> 急救包 | <input type="checkbox"/> 重要的联络名单 |
| <input type="checkbox"/> 少量的现金 | <input type="checkbox"/> 蜡烛和防水火柴 | |

应将你的备用包放在哪儿？

请写下你在屋子里何处存放备用包

如果必须撤离，你需要在备用包里加上哪些东西？

如果由于紧急情况你必须离开家，你可能需要在备用包里加上以下物品：

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 药品 | <input type="checkbox"/> 照片或照片光盘 |
| <input type="checkbox"/> 药单 | <input type="checkbox"/> 街道地图册/地图 |
| <input type="checkbox"/> 你的医疗记录 | <input type="checkbox"/> 手机 |
| <input type="checkbox"/> 重要的证件或文件，例如 | <input type="checkbox"/> 手机充电器 |
| <input type="checkbox"/> 保险单 | <input type="checkbox"/> 驾驶执照 |
| <input type="checkbox"/> 护照 | <input type="checkbox"/> 阅读眼镜 |

你的紧急情况撤离计划

制定一套在紧急情况下撤离你家的行动计划。考虑以下步骤：

- 你的紧急情况备用包是否准备好可以随时出发？
- 你的药品和联络名单是否在最近更新过？
- 在离开时你还需要随身携带哪些必需品？
- 你是否将你要做什么告诉了你的邻居？
- 如果养了宠物，你准备怎样安置它们？

在离开之前(如果还有时间)

关闭煤气、电源和水源，或者告诉他人开关的位置，以便他们可完成此事。

煤气表

位置

电闸

位置

水表

位置

你将去哪里？

第一选择

第二选择

怎样去？

谁能帮助你？

电话

如果你离开家，还需要告诉谁？

姓名 电话

是否有必要的事情/定期必须要做的事情，他人可代你去做？

紧急情况联络细节

你的家人和朋友

1	姓名	<input type="text"/>		
	关系	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	家里	手机	工作地点	

2	姓名	<input type="text"/>		
	关系	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	家里	手机	工作地点	

3	姓名	<input type="text"/>		
	关系	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	家里	手机	工作地点	

4	姓名	<input type="text"/>		
	关系	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
	家里	手机	工作地点	

紧急情况联络细节

你的邻居

1	姓名	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
		家里	手机	工作地点

2	姓名	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
		家里	手机	工作地点

3	姓名	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
		家里	手机	工作地点

4	姓名	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
		家里	手机	工作地点

5	姓名	<input type="text"/>		
	地址	<input type="text"/>		
	电话	<input type="text"/>	邮政编码 <input type="text"/>	<input type="text"/>
		家里	手机	工作地点

其它联络细节

公用服务提供者

电力公司	<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
燃气公司	<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
供水/废水排泄	ActewAGL 供水及废水排泄紧急服务	电话	131 193
雨水排泄	ACT首都领地及市政服务署	电话	132 281

技工

管工	<input type="text"/>		
电话	<input type="text"/>	手机	<input type="text"/>
电工	<input type="text"/>		
电话	<input type="text"/>	手机	<input type="text"/>

保险

家庭财产保险	<input type="text"/>		
电话	<input type="text"/>	传真	<input type="text"/>
医疗保险	<input type="text"/>		
电话	<input type="text"/>	传真	<input type="text"/>
汽车保险	<input type="text"/>		
电话	<input type="text"/>	传真	<input type="text"/>

其它

<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>

你的医疗信息

第一人

姓名	<input type="text"/>		
出生日期	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	血型	<input type="text"/>
医疗过敏物	<input type="text"/>		

医生姓名	<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
牙医姓名	<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>
药房	<input type="text"/>	电话	<input type="text"/>

眼镜/隐形眼镜?	<input type="checkbox"/>	假牙?	<input type="checkbox"/>	糖尿病?	<input type="checkbox"/>	癫痫?	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----	--------------------------

医疗状况	<input type="text"/>		
药物	<input type="text"/>	剂量	<input type="text"/>

医疗状况	<input type="text"/>		
药物	<input type="text"/>	剂量	<input type="text"/>

医疗状况	<input type="text"/>		
药物	<input type="text"/>	剂量	<input type="text"/>

医疗状况	<input type="text"/>		
药物	<input type="text"/>	剂量	<input type="text"/>

医疗状况	<input type="text"/>		
药物	<input type="text"/>	剂量	<input type="text"/>

你的医疗信息

第二人

姓名

出生日期

 / /

血型

医疗过敏物

医生姓名

电话

牙医姓名

电话

药房

电话

眼镜/隐形眼镜?

假牙?

糖尿病?

癫痫?

医疗状况

药物

剂量

医疗状况

药物

剂量

医疗状况

药物

剂量

医疗状况

药物

剂量

医疗状况

药物

剂量