

緊急連絡表

記入 平成 年 月 日

☆ご本人の情報

ふりがな			
名 前	男 女	年 月 日	生
住 所	相模原市緑区		
電話番号	()	血液型	+ - 型

写真添付欄

ご自宅にある写真をホチキスなどでとめてください。

☆緊急連絡先

ふり がな	ふり がな
① 名 前	② 名 前
住 所	住 所
電 話 ()	電 話 ()
関 係	関 係

☆かかりつけ医療機関・持病・お薬等

①	病院	科
病 名	主 治 医	先 生
お 薬		
所 在 地		
電話番号 ()		
②	病院	科
病 名	主 治 医	先 生
お 薬		
所 在 地		
電話番号 ()		

☆関連専門機関等

名 称	
担当者	電話番号 ()

☆その他

--

記入の仕方・注意事項

<ご本人の情報>

- ・生年月日：年については、該当する年号を○で囲み、ご記入下さい
- ・血液型：分からない場合は「不明」とご記入ください。
- ・住所：マンション・アパートの場合、マンション・アパートの名称、部屋番号まで必ずご記入ください。
- ・写真：本人確認のために、写真があると確実です。

<緊急連絡先>

3人以上いる場合は、あなたの状況を把握している方を優先してご記入下さい。

<かかりつけ医療機関・持病・お薬等>

- ・かかりつけ医療機関の連絡先は正確に間違いのないようにご記入ください
- ・かかりつけ医療機関が3ヶ所以上ある場合は、あなたの状況をよく把握している医療機関を優先してご記入下さい。
- ・お薬については、薬剤情報提供書（写）、おくすり手帳（写）または薬袋が入れてあれば記入の必要はありません。

<関連専門機関について>

- ・あなたの状況が良く分かっている公的機関や福祉事業所等について記入してください。
- ・関連専門機関が2ヶ所以上ある場合は、あなたの状況をよく把握している機関を優先してご記入下さい。
- ☆福祉事業所
介護保険事業所（担当ケアマネジャー）・障害福祉サービス事業所（担当者）・障害者地域作業所等
- ☆公的機関等
地域包括支援センター・民生委員児童委員・生活保護ケースワーカー（生活保護を受給している方）・市社会福祉協議会等

<その他>

- ・特定の病院でしか対応できない疾病がある場合等、病院との取り決めがある場合は記入してください
- ・救急隊員に注意してほしいこと（搬送時等）
- ・緊急連絡先についての補足事項
（夜に電話をかけられるのは誰か、など）

この事業には賛助会費が活かされています！皆様のご協力に感謝いたします。

「ありがとう」
「どういたしまして」
包まれる心のふれあうま
ちづくりを目指して



相模湖地区社会福祉協議会

お問合せは

相模湖地区社会福祉協議会 ☎042-649-0202
相模湖地域包括支援センター ☎042-685-1538
担当の民生委員