このカードは、緊急時にあなたの情報を伝えるものです。
分かりやすいように家の中の見えるところに貼ってご活用ください。

緊　急　連　絡　用　カ　ー　ド

氏 名		性別		生年月日（年齢）	年　月　日（　　歳）	血液型	
住 所	町田市			電話			

◆　緊急時の連絡先(1)				◇　緊急時の連絡先(2)			
氏　名		本人との続柄		氏　名		本人との続柄	
住　所				住　所			
電　話				電　話			

◎　かかりつけ医療機関		◎　服用している薬　　お薬手帳（ 有・無 ）
名　称		［薬品名を記入し、お薬手帳の有無に〇をしてください］
電　話		薬品名
医師名		

◎　高齢者あんしんキーホルダー	◎　備考欄（緊急の際、伝えておきたいこと　など）
［お持ちの方は番号を記入してください。これから希望される方は、高齢者支援センターにお問い合わせください］	
番 号　　－	

※65歳以上の同居者がいる場合、以下もご記入ください。

氏 名		性別		生年月日（年齢）	年　月　日（　　歳）	血液型	

◎　かかりつけ医療機関		◎　服用している薬　　お薬手帳（ 有・無 ）
名　称		［薬品名を記入し、お薬手帳の有無に〇をしてください］
電　話		薬品名
医師名		

◎　高齢者あんしんキーホルダー	◎　備考欄（緊急の際、伝えておきたいこと　など）
［お持ちの方は番号を記入してください。これから希望される方は、高齢者支援センターにお問い合わせください］	
番 号　　－	

担当民生委員	委員名： 連絡先：	担当高齢者支援センター	センター名： 連絡先：
◎　地域の関係機関の連絡先		居宅介護支援事業所	事業所名： ケアマネジャー： 連絡先：
＊町田警察署	０４２－７２２－０１１０		
＊町田消防署	０４２－７９４－０１１９		
＊町田市役所	０４２－７２２－３１１１	記入日：　　年　　月　　日	

記入例・・・以下を参考に、ご記入ください。

市役所等の外部機関へ提出するものではありません。

このカードは、緊急時にあなたの情報を伝えるものです。
分かりやすいように家の中の見えるところに貼ってご活用ください。

緊　急　連　絡　用　カ　ー　ド

氏 名	民生　太郎	性別	男	生年月日（年齢）	1940年9月1日（81 歳）	血液型	A
住 所	町田市　森野2－2－22			電話	042－722－3111 090－＊＊＊＊－5678		

◆ 緊急時の連絡先(1)				◇ 緊急時の連絡先(2)			
氏 名	民生　次郎	本人との続柄	子	氏 名	町田　愛子	本人との続柄	隣人
住 所	町田市 藤の台1丁目＊番＊－101号			住 所	町田市 森野2－2－23		
電 話	080－1234－＊＊＊＊			電 話	042－723－＊＊＊＊		

◎ かかりつけ医療機関		◎ 服用している薬　お薬手帳（ 有・無 ）
名 称	町田令和病院	［薬品名を記入し、お薬手帳の有無に〇をしてください］
電 話	042－789－＊＊＊＊	薬品名：●●●●錠100mg △△△△カプセル15mg
医師名	令和　元男 医師	

◎ 高齢者あんしんキーホルダー	◎ 備考欄（緊急の際、伝えておきたいこと　など）
［お持ちの方は番号を記入してください。これから希望される方は、高齢者支援センターにお問い合わせください］	
番 号　－	

※65歳以上の同居者がいる場合、以下もご記入ください。

氏 名	民生　花子	性別	女	生年月日（年齢）	1943年 4月 1日（78 歳）	血液型	O

◎ かかりつけ医療機関		◎ 服用している薬　お薬手帳（ 有・無 ）
名 称	町田平成病院	［薬品名を記入し、お薬手帳の有無に〇をしてください］
電 話	042－012－＊＊＊＊	薬品名：◆◆◆◆錠1mg
医師名	平成　町子 医師	

◎ 高齢者あんしんキーホルダー	◎ 備考欄（緊急の際、伝えておきたいこと　など）
［お持ちの方は番号を記入してください。これから希望される方は、高齢者支援センターにお問い合わせください］	ペースメーカー着用
番 号　ま　－00001	

担当民生委員	委員名：東　京助 連絡先：042-794-＊＊＊＊	担当高齢者支援センター	センター名：町田第＊高齢者支援センター 連絡先：042-724-＊＊＊＊
◎ 地域の関係機関の連絡先		居宅介護支援事業所	事業所名：まちだし介護支援事業所 ケアマネジャー：介護　支郎 連絡先：042-345-＊＊＊＊
＊町田警察署 042－722－0110			
＊町田消防署 042－794－0119			
＊町田市役所 042－722－3111		記入日：　年　月　日	