## 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	¥	各	F	Ħ	力	_	-	1"	
氏名		1	性別			手月日 手齢)	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			入と )続柄		氏名	3			本人と の続柄		
住 所					住 凡	f					
電話					電影	5					
<ul><li>のか</li></ul>	かりつけ医療機関				<b>0</b> £	限用して	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					薬品征	2					
医師名					***************************************						
	齢者あんしんキーオ	-			0	睛考欄(	緊急の際、伝	えておきた	いこと	など)	
[お持ちれる方に	5の方は番号を記入して は、高齢者支援センター	てください。こ -にお問い合わ	これから つせくた	5希望さ ごさい]							
番号	_										
※65歳	成以上の同居者がい.	る場合、以つ	下もご	記入くた	<b>ごさい</b> 。						
氏名		1	性別			手月日 手齢)	年 (	月日歳)	血液型		
◎ か	かりつけ医療機関				<b>0</b> B	限用して	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					薬品で	_					
医師名					米001						
	齢者あんしんキーホ				<b>0</b> (	睛考欄(!	緊急の際、伝	えておきた	いこと	など)	
	5の方は番号を記入して 、高齢者支援センター										
番号	_										
	<b>委員名</b> :					高齢者	センター名:				
	E委員 連絡先: 地域の関係機関の	の連絡生			又援	2ンター	連絡先:				
	地域の関係機関の 3 警察署042		<b>–</b> 0	1 1 0	居 目 THE	3介護 東 ※ 55	事業所名:	 シャー:			
	引消防署 0 4 2				又援	事業所	連絡先:				
* 町 日	日市役所042	- 7 2 2	- 3	1 1 1		記入日:		年	Ħ	В	

## 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。 一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	i	絡	圧	}	力	_	-	۲		
氏名	民生	太郎	性別	男	生年		1940	年 <b>9</b> 月 <b>1</b> 日 ( <b>81</b> 歳)	血液型	A		
住所	町田市 森野2-2-22				電話	電話 042-722-3111 090-***-5678						
•	緊急時の連絡先	ច( <b>1</b> )		_	◇ 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	話 080-1234-***				電話		042-	<b>723</b> – *	***			
◎ か	◎ 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					薬品名	●●●●錠100mg △△△△カプセル15mg						
医師名					P1100 C							
	<ul><li>◎ 高齢者あんしんキーホルダー</li><li>[お持ちの方は番号を記入してください。これから希望さ</li></ul>				◎ 備考欄(緊急の際、伝えておきたいこと など)							
れる方は	つの刀は留亏を記 <b>は、高齢者支援セ</b>	ンターにお問いる	これが	ら布望さ ださい]								
番号	号 -											
※65歳	歳以上の同居者	<b>ごさい。</b>		T								
氏名	民生	花子	性別	*	生年			<b>4月 1</b> 日 <b>78</b> 歳)	血液型	0		
◎ か	かりつけ医療機	◎ 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	2-012-*	* * *		薬品名	•4	<b>◆◆</b> 錠1	ma				
医師名		平成 町子 医	師		-  薬品名   <b>◆◆◆◆錠 1 mg</b>							
						考欄(!	緊急の際、伝	えておきた	いこと	など)		
れる方は	[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	番号											
担当 委員名: 東京助					担当高		<b> </b>	町田第*高				
民生委員 連絡先: <b>042-794-</b> ****					支援セ	ンター	連絡先:		724-* へ <del>维士</del> は			
	<ul><li>◎ 地域の関係機関の連絡先</li><li>* 町 田 警察 署 0 4 2 − 7 2 2 − 0 1 1 0</li></ul>						<b> </b>	<b>まちだし</b> かっ:		专事   東郎		
	田消防署04				文援事	業所	連絡先:		<b>345</b> -*			
* 町 E	田市役所 0 4	2 - 7 2	2 — 3	3 1 1 1		3日:		年	<del></del>	В		