No.

基準日　令和８年９月１日

緊急時高齢者あんしん台帳

①	フリガナ		②	性別	③	血液型	
	氏　　名						型
④	生年月日	年　　月　　日					
⑤	住　　所	ふじみ野市					
		借家の場合	家主(管理会社)：		電話番号：		
⑥	電話番号	自宅：		携帯：			

⑦	親族の連絡先	氏　　名	続柄	住　　所	電話番号	
					自宅	
					携帯	
					自宅	
					携帯	
⑧	親族以外の連絡先	氏　　名	関係	住　　所	電話番号	

⑨	介護認定状況		(1) ケアマネ事業所名：
			(2) 電話番号：
			(3) 担当ケアマネ：
⑩	主な病気医療機関	主な病気・症状	医　療　機　関
			病院名：　　担当医：
			所在地：　　電話番号：
			病院名：　　担当医：
			所在地：　　電話番号：
⑪	ペット	ペットを飼っている（種類　　頭数　　）	
		御自身の入院時等にペットのお世話をしてくれる人（　　）	

⑫ 【その他知らせておきたいことなど特記事項】

〇体調のこと・心配なことなど

〇通院・入院時あんしんセット（別紙参照）やエンディングノートの保管場所・終活に関すること

⑬ **この台帳をふじみ野市及び高齢者あんしん相談センターで共有することに同意しますか。**
なお、この情報は緊急時には救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用します。

氏名　　㊞

※ 自署の場合は、押印不要です。