

|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         |         |    |      |     |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|----------------|---------|---------|----|------|-----|
| 緊急時高齢者あんしん台帳 |                                                                                                                                                                    |                  | 担当民生委員名    |                | 地区      |         |    | 整理番号 |     |
| 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<br>連 絡 先                                                                                                                                                     | 氏 名              | 続柄         | 住 所            |         | 電 話 番 号 |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         | 自宅      |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         | 携帯      |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         | 自宅      |    |      |     |
| ⑧            | 親族以外<br>の連絡先                                                                                                                                                       | 氏 名              | 関係         | 住 所            |         | 電 話 番 号 |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         |         |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         |         |    |      |     |
|              |                                                                                                                                                                    |                  |            |                |         |         |    |      |     |
| ⑨            | 介護認定<br>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<br>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            | 就労している方                                                                                                                                                            | 就労先事業所名 : 電話番号 : |            |                |         |         |    |      |     |
| ⑫            | 【その他知らせておきたいことなど特記事項】<br>○体調のこと・心配なことなど                                                                                                                            |                  |            |                |         |         |    |      |     |
|              | ○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、急病等の緊急事態に対応するため、ふじみ野市、高齢者あんしん相談センター、社会福祉協議会、民生委員・児童委員で共有し、また、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することに同意します。<br><div>氏名 _____ 印 _____</div> <div>※ 自署の場合は、押印不要です。</div> |                  |            |                |         |         |    |      |     |