

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 () 歳							
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			
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	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】 ○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。 署名 印 個人情報 は 目的 以外 には 使用 しません ので、台帳 を 共有 する こと に ついて 同意 いた だけ る 場合 は、署名 (自筆) 又 は 記名 (代筆) ・捺印 を お願い します。※ 署名 (自筆) の 場合、押印 は 不要 です。								