

緊急連絡先1 (親族)	氏名	●● ○子
	続柄(所属)	長女
	電話番号(1)	(○○) ○○ - ○○○○
	電話番号(2)	(090) ○○○○ - ○○○○
	住所	○○市 ○○町 ○-○-○

緊急連絡先2	氏名	●● ○男
	続柄(所属)	長男
	電話番号(1)	(○○) ○○ - ○○○○
	電話番号(2)	(090) ○○○○ - ○○○○
	住所	○○市 ○○町 ○-○-○

その他関係者

<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 福祉関係職員 <input type="checkbox"/> その他()	事業者名 / 課名	○○○○事業所
	担当者	○○ケアマネジャー
	電話番号	(○○) ○○ - ○○○○

<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉関係職員 <input type="checkbox"/> その他()	事業者名 / 課名	武蔵野市役所 生活福祉課
	担当者	○○ケースワーカー
	電話番号	(○○) ○○ - ○○○○

その他 (伝えておきたいことがあればご記入ください。)

例) 糖尿病のため、インスリン注射あり。

・かかりつけ医や連絡先の欄が足りない場合はこちらに記入してください。

・感染症や、特定の病院でしか対応できない疾病があるなど、特別な対応が必要な場合にその内容を記入してください。

・その他身体の障害、認知症の有無、差額ベッド利用の可否 (個室等利用の場合は、別途費用がかかることがあるため) など。

同意欄	封筒の中に入っている救急情報を、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。	
	本人氏名	令和 6年 6月 1日 署名 ●●●●