

# あんしんSOSカード

取扱注意！

『冷蔵庫』に保管してください。

記入日 年 月 日

この情報を、急病や災害時等の緊急時に、消防署員や警察署員、木津川市職員等が活用することに同意します。

携帯番号を記入された方のNO.  
(家族構成欄)を記入。

住 所	木津川市			電話番号 (自宅) (携帯)				
								No.
家族構成	No.	氏 名		続 柄	性別	生年月日	年齢	血液型
	①					年 月 日	歳	型
	②					年 月 日	歳	型
	③					年 月 日	歳	型
	④					年 月 日	歳	型
	⑤					年 月 日	歳	型
	⑥					年 月 日	歳	型
	⑦					年 月 日	歳	型
	⑧					年 月 日	歳	型
緊急時の連絡先	氏名		世帯主との続柄	住所			電話番号	
							(自宅)	
							(携帯)	
							(自宅)	
						(携帯)		
かかりつけ医	病院・医院名				電話番号			服薬名
	受診者氏名				病 名 等			
	病院・医院名				電話番号			服薬名
	受診者氏名				病 名 等			
	病院・医院名				電話番号			服薬名
	受診者氏名				病 名 等			
介護・障害等福祉サービス	氏名			利用事業者名				
				電話番号				
	氏名			利用事業者名				
				電話番号				
◎緊急時に配慮が必要なことなどがあれば記入してください。								