

記入例

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 令和〇年〇月〇日

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。

住 所	木津川市 木津南垣外110番地9			電話番号 (自宅) 72-0501 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	No. ①	携帯番号を 記入された方 のNO.を書い てください。	
家族構成	No.	氏 名	続 柄	性別	生年月日	年齢	血液型
	①	木津川 太郎	世帯主	男	SOO 年〇月〇日	73歳	O型
	②	木津川 花子	妻	女	SOO 年〇月〇日	70歳	A型
	③	木津川 一郎	子	男	SOO 年〇月〇日	41歳	A型
	④	木津川 幸子	子の妻	女	SOO 年〇月〇日	37歳	O型
	⑤	木津川 陸	子の子	男	HOO 年〇月〇日	11歳	A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	
	木津川 二郎		子	木津川市加茂町里南古田156番地		(自宅) 76-3611	
						(携帯) 090-1234-5678	
	木津川 五郎		弟	木津川市山城町上狛北的場3番地1		(自宅) 86-2300	
かかりつけ医	病院・医院名		〇〇〇 医院	電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇	服薬名	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇 〇〇〇
	受診者氏名		木津川 太郎	病名等	〇〇〇〇〇		
	病院・医院名		〇〇〇 医院	電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇	服薬名	〇〇〇〇〇 〇〇〇
	受診者氏名		木津川 花子	病名等	〇〇〇〇〇		
	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	木津川 太郎		利用事業者名	〇〇〇〇〇 支援センター		
				電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇		
	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。 (太郎)現在服用中の薬を欠かすことはできません。 (一郎)携帯番号(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) (花子)補聴器を使用しているため、聞き取りが困難です。] などご記入ください。							