

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

携帯番号を
記入された
方のNO.
(家族構成
欄)を記入。

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		電話番号	(自宅)	No.		
				(携帯)			
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)		
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。							