

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	No. ①	
	No.	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	血液型
家族構成	①	木津川 太郎	世帯主	男	〇〇〇年〇月〇日	73歳	O型
	②	木津川 花子	妻	女	〇〇〇年〇月〇日	70歳	A型
	③	木津川 一郎	子	男	〇〇〇年〇月〇日	41歳	A型
	④	木津川 幸子	子の妻	女	〇〇〇年〇月〇日	37歳	O型
	⑤	木津川 陸	子の子	男	H〇〇年〇月〇日	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 (携帯) 090-8765-4321		
	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	服薬名	〇〇〇〇〇 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	服薬名	〇〇〇〇〇 〇〇〇		
病院・医院名		電話番号		服薬名			
受診者氏名		病名等		服薬名			
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				

携帯番号を
記入された方
のNO.を書い
てください。

◎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、聴き取りが困難です。

などご記入ください。