

狛江市高齢者救急代理通報システム事業利用者登録カード(表)

番 号	NO.		個人負担	有 〃 無		
氏 名	(フリガナ)		生年 月日	年 月 日	年 齡	
同居人氏名	(フリガナ)		生年 月日	年 月 日	年 齡	
電話番号		携帯電話				
FAX番号						
住 所	(フリガナ)					
	〒 狛江市					
	アパート・ マンション名	号棟		部屋番号		
自宅の目標物				救助進入口		
現在かかっている病気						
今までかかった大きな病気				介 護 度		
障がいの有無	有 ・ 無	障がい名	等級 種 級			

緊急連絡先 1	氏 名	(フリガナ)	関 係		
住 所	〒				
電話番号		携帯電話			

緊急連絡先 2	氏 名	(フリガナ)	関 係		
住 所	〒				
電話番号		携帯電話			

緊急連絡先 3	氏 名	(フリガナ)	関 係		
住 所	〒				
電話番号		携帯電話			

## 狛江市高齢者救急代理通報システム事業利用者登録カード(裏)

※医療機関は、主治医及び診察を受けたことがある中で極力夜間診察のできる場所

医療機関			
住 所			
電話番号		夜間対応	有 ・ 無
主治医		診療科	
医療機関			
住 所			
電話番号		夜間対応	有 ・ 無
主治医		診療科	

地域包括支援センター	名 称	
	電話番号	
	担当者氏名	

※その他連絡先で登録が必要なもの(ケースワーカー等)

その他連絡先1	名 称	
	電話番号	
	担当者氏名	
その他連絡先2	名 称	
	電話番号	
	担当者氏名	
その他連絡先3	名 称	
	電話番号	
	担当者氏名	