

〔あなたの連絡先一覧表〕

※ご自由に書き込みいただき、緊急時等にご活用ください。提出の必要はありません。

●あなたの緊急連絡先

①お名前	続柄（ ）
電話番号	()
携帯電話	()
②お名前	続柄（ ）
電話番号	()
携帯電話	()

●あなたのかかりつけ医

①医療機関名	
医師の氏名	先生
電話番号	()
飲んでいる薬	
②医療機関名	
医師の氏名	先生
電話番号	()
飲んでいる薬	

●あなたの地区の民生委員

お名前	さん
電話番号	()

●あなたのまちの地域包括支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

けやきの郷・小川ホーム・中央センター 多摩済生ケアセンター・小平健成苑	該当するセンターを○ で囲んでください
相談員の氏名	
電話番号	()

●あなたの担当のケアマネジャー

事業所名	
ケアマネジャーの氏名	さん
電話番号	()