高齢者連絡票

　下記に記載された個人情報について、市が必要に応じて警察・消防・医療機関・地域包括支援センター等の関係機関に提供することに同意していただいたものとして活用させていただきます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 | 自宅電話 |  |  |
| 住　　所 | 　 |  |
| ①世帯主 | ふりがな |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 |  |
| 氏　　名 | 男・女 |  |
| 携帯電話 |  | かかりつけ医療機関 |  |  |
| ②(続柄 　) | ふりがな |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 |  |
| 氏　　名 | 男・女 |  |
| 携帯電話 |  | かかりつけ医療機関 |  |  |

※おひとり暮らしの方は②欄の記入は不要です。

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 氏　名 |  | 続柄 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 連絡先 | （自宅） | （携帯） |  |
| ２ | 氏　名 |  | 続柄 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 連絡先 | （自宅） | （携帯） |  |

※緊急連絡先の記入については、事前に了承を得てください。

|  |
| --- |
| 生活上で困っていることや、相談したいことがありましたら記入ください。 |
|  |

※記載内容に応じて地域包括支援センター等が訪問させていただく場合があります。