

〔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	_____	
相談員の氏名	_____	さん
電話番号	()	

該当するセンターを○
で囲んでください

●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	()	