

## 連絡先カード

名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_  
生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

既往症 \_\_\_\_\_

かかりつけの  
医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー  
事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

サービス提供事業所  
事業所名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 (※記入される場合は紛失されないように管理を  
お願い致します)

1.氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

2.氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## 連絡先カード

名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_  
生年月日 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

既往症 \_\_\_\_\_

かかりつけの  
医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー  
事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

サービス提供事業所  
事業所名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 (※記入される場合は紛失されないように管理を  
お願い致します)

1.氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

2.氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_