

## 〔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	該当するセンターを○ で囲んでください	
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	( )	

### ●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	( )	