

# 地域SOSカード

同意書	大東市地域SOS登録システム事業実施要綱第4条の規定により、以下に記載した個人情報、社会福祉法人大東市社会福祉協議会、大東市民生委員児童委員、福祉委員会、大東市地域包括支援センター、コミュニティソーシャルワーカー、自治区に提供することに同意します。 (あて先) 大東市長 フリガナ 氏名 (代筆の場合は本人の印鑑が必要です) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 血液型 ( 型) 住所 大東市 性別 男・女 電 話 — — 携帯電話 — — (代筆者 本人との関係( ) )		
	氏名 続柄( ) 住所 電 話 — — 携帯電話 — —		
緊急時連絡先	氏名 続柄( ) 住所 電 話 — — 携帯電話 — —		
	氏名 続柄( ) 住所 電 話 — — 携帯電話 — —		
身体状況	歩 行 一人で可能 ・ 一部介助が必要 ・ 全面的に介助が必要		
	麻 痺 全身 ・ 部分 ( )		
	会 話 普通 ・ はっきりしない ・ 話せない		
	聴 力 普通 ・ 大声で聞こえる ・ 聞こえない		
医療情報	医療機関名	主治医	電話番号
		科 先生	— — — —
		科 先生	— — — —
その他	必需品	治療器具:酸素吸入器・吸引器・ストマ装具・その他 ( ) 介護機器:杖・歩行器・車いす・特殊寝台・会話補助装置・補聴器・人工咽頭・ 服薬内容※ その他 ( )	
	介護保険	非該当 ・ 要支援( 1 ・ 2 ) ・ 総合事業対象者 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )	
		ケアプラン担当事業所 ( ) 利用しているサービス 通所系サービス ・ 訪問系サービス	
障害者手帳	なし ・ 療育手帳 ( A ・ B1 ・ B2 ) 精神障害者保健福祉手帳 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) 級 身体障害者手帳 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ) 級 障害名 ( )		
救急隊員への伝言など			
新規・更新		記入日	年 月 日

※医薬品等は、最新の処方箋またはお薬手帳のコピーを筒に入れてください。

記入された情報に変更が生じた時は大東市社会福祉協議会(☎072-874-1082)にご連絡ください。

大 東 市 (①市控え)