

地域SOSカード

同意書	大東市地域SOSカード登録システム事業実施要綱第4条第1項の規定により、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、校区(地区)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及び自治区に提供することに同意します。 (宛先) 大東市長 フリガナ 氏名 生年月日 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())		
	緊急時連絡先	氏名 続柄()	
住所			
電 話 — — 携帯電話 — —			
氏名 続柄()			
身体状況	住所		
	電 話 — — 携帯電話 — —		
	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 ()		
医療情報	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		
	医療機関名	主治医	
		科 先生	電話番号 — — — —
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、最新の処方箋又はお薬手帳のコピーを保管容器に入れてください。

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