

# 安心登録カード 記載例

( 地区社協 No. ) 支援レベル ( )

基礎情報	ふりがな	ふなぼし たろう		性別	年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 単身高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※世帯人数 ( 人)		
	名前	船橋 太郎		男・女	88歳			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 12年8月4日						
	住所	〒273-0011 船橋市湊町2-10-25						
	電話番号	自宅：047-000-XXXX		携帯：090-0000-XXXX				
	血液型	A・B・O・AB (RH (+)・-)						
	主な病気	高血圧症		難病疾患名	なし			
	要支援	1・2	要介護度	1・2・3・4・5				
	障害区分	身・知・精	等級	級	障害種別			
	緊急通報装置	有・無	常備薬	降圧剤				
	普段いる部屋	1階の居間		寝室の位置	2階の階段脇			
家屋の構造	木造・鉄骨		戸建て・集合住宅(2階に居住)					
緊急連絡先	① 親類・身内	名前	船橋 次郎		続柄	長男	電話	000-XXXX
		同居の有無	有・無		住所	船橋市〇〇町〇-〇-△		
	②	名前			続柄		電話	
		同居の有無	有・無		住所			
	避難支援協力者 (知人・隣人等)	名前	〇〇 〇〇		電話	〇〇〇-XXXX		
		名前	〇〇 〇〇		電話	〇〇〇-XXXX		
		名前	〇〇 〇〇		電話	〇〇〇-XXXX		
名前		〇〇 〇〇		電話	〇〇〇-XXXX			
所属町会・自治会	加入の有無	有・無		名称	〇〇町会			
身体状況	かかりつけ病院	〇〇医院 内科		電話	〇〇〇-XXXX			
	居宅介護支援事業所・ケアマネジャー	〇〇ケアセンター		電話	〇〇〇-XXXX			
	特に心配なこと	足腰が弱いため、避難する際には手を貸してほしい。						
緊急時の避難予定先		〇〇小学校						

私は、安心登録カードに記載した個人に関する情報については、災害時又は緊急時における救援及び支援や日常的な見守り活動のために、行政機関並びに地区民生児童委員、町会・自治会長及び市社協・地区社協に提供することに同意いたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 本人署名押印 船橋 太郎 (印)  
 代筆者署名 \_\_\_\_\_ (本人との関係)

※お願いとお知らせ

- この安心登録カードは、救援・支援者にわかる場所に置いてください。
- 安心登録カード提出後に、記載内容に変更があった場合は、速やかにお届けください。
- 安心登録カードの管理及びお問い合わせ先 地区社会福祉協議会 047-XXXX-XXXX  
 船橋市社会福祉協議会 047-431-2653