

2 緊急時のための情報

かかりつけの医療機関 1	医療機関 名 称			受診科目	
	所 在 地				
	電話番号			主治医名	
かかりつけの医療機関 2	医療機関 名 称			受診科目	
	所 在 地				
	電話番号			主治医名	
病 気 や け が	治療・経過観察中				
	既往症 [*]				
緊 急 連 絡 先	フリガナ	住 所	続柄	電 話 番 号	鍵の所持
	氏 名				
連絡先 1				自宅：	
				携帯：	
				他（ ）：	
連絡先 2				自宅：	
				携帯：	
				他（ ）：	
連絡先 3				自宅：	
				携帯：	
				他（ ）：	

注 既往症は、現在は治療していないが、過去にかかった大きな病気やけがを記入してください。

第1号様式 添付書類

同 意 書

(宛先) 白井市長

住 所
氏 名

私は、白井市ひとり暮らし高齢者等見守り事業を利用するに当たり、利用登録届出書に記載した「1 利用者の情報」について、見守り先に提示することに同意します。

また、緊急事態の発生時に、内鍵等により入室できない場合には、内鍵等を壊し入室することを承知するとともに、その修復については、自ら行なうことを了解します。