特記事項（健康状態等）	□杖、歩行器使用　□車椅子使用　□補聴器使用 □その他（　　） □常用薬（　　）		
必要な支援内容			
地域支援者名・医療機関・居宅サービス事業者名	氏名及び名称	住所	電話番号

1）□：該当する所に✓を入れてください。
2）地域支援者と緊急連絡先が重複する場合には、地域支援者のところには、記入する必要はありません。