

夜間・緊急時対応確認書

本確認書には、何らかの緊急対応を要する場合に備え、緊急時のご連絡先をご記入お願いいたします。
また、ご連絡がつかず、ご本人の意思確認が難しい場合に備え、対応のご希望をご記入お願いいたします。

株式会社ベネッセスタイルケア 宛

■ 緊急時の連絡先（何らかの緊急の判断を要する場合には、以下の順番でご連絡いたします。）

優先 順位	ふりがな 氏名	ご本人 との続柄	連絡先		
			優先順位		電話番号
1	いばさき たかこ	娘		自宅	()
	柴崎 貴子		携帯	070 (2303) 3014	
			勤務先	() 名称	
2	まえおか つお	夫		自宅	078 (451) 1174
	前岡 達夫		携帯	()	
			勤務先	() 名称	
3				自宅	()
			携帯	()	
			勤務先	() 名称	
4				自宅	()
			携帯	()	
			勤務先	() 名称	

■ 上記いずれとも連絡がつかず、本人の意思確認が難しい場合の対応希望（以下からお選びください。）

- ① ベネッセスタイルケアに判断を一任します。救急隊の指示に従って対応して下さい。
② 以下の方針に従って対応をお願い致します。

※上記②に関わらず、人命優先の観点からベネッセスタイルケアにて別途判断した場合は、
①により救急隊の指示に従って対応します。

■ 緊急搬送先病院の希望（※ご希望が有る場合のみ記入下さい。）

病院名	
主治医	
電話番号	

◆ ご入居者: 前岡 千勢 印

◆ 保証人様: 柴崎 貴子 印

確認日: 2026 年 2 月 19 日