様式第1号　その2(第4条関係)

緊急時通報システム利用データ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | | | |  | | | | | | | 年　　月　　日生 | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | 血液型 | |  | |
| 電話の対応が出来ますか。※1 | | | | | | | | | | 担当地区民生委員 | | | | | |
| (1)できる | | | (2)の理由 | | | | | | | 氏名 |  | | | | |
| (2)できない | | | 電話番号 |  | | | | |
| 主な病名※2 | | | | | 病症等による現在の身体状況等 | | | | | かかりつけの医療機関 | | | | | |
| (1) | | | | | (1) | | | | | (1) | | | 電話番号 | | |
| (2) | | | | | (2) | | | | | (2) | | | 電話番号 | | |
| 身体障害者手帳の有無 | | | | | | 有・無・申請中 | | | | | 障害の程度 | | | 級 | |
| 障 害 名 | | |  | | | | | | | | 障害区分 | | |  | |
|  | 氏名 | | | | | | | 対象者との続柄 | | 住所 | | | | 電話番号 | |
| 協力員※3 |  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 緊急時  連絡先※4 |  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |
| 医療保険名 | | | |  | | | | | | 対象者の保険証番号 | | | |  | |
| 住宅の状況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)　一戸建て・中高層住宅(　　階)・アパート | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)　木造・モルタル・鉄筋コンクリート・その他(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の鍵の預け場所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 住所 | |  | | | | 電話番号 | |  |

　※1　病気や手術等により、耳が聞こえない方や声を出すことができない方は「(2)できない」を選択し、その理由を記入してください。

　※2　診断経緯がない方は、医師による診察を受けてください。

　※3　「協力員」とは、緊急時通報を発信した際、対象者宅に出向き、安否の状況等を確認してくれる近隣の方。

　※4　「緊急時連絡先」とは、緊急時の親族等の連絡先。対象者宅に出向き、安否の状況等を確認してくれる方は、協力員として記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請代行事業所名・担当者名 | |  | |
| サービスの利用状況 | デイサービス | 事業所名・日時 |  |
| ホームヘルパー | 事業所名・日時 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機種： | 機番： | Ｐ番号： |