

佐倉市緊急通報サービス事業調査票

基本情報

フリガナ		生年月日	年	月	日生
対象者氏名			()		歳
住所	〒 ー 佐倉市				
固定電話		携帯電話			
※利用開始後、月に一度、委託事業者よりご様子確認の目的でお伺い電話をいたします。					
固定電話 回線の種類	※回線によっては、固定型機種を利用できない場合があります。				
区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 75歳以上で、同居者に通報等の緊急時対応を期待できない者 <input type="checkbox"/> 65～74歳のひとり暮らしで、要援護状態にある者 <input type="checkbox"/> 65～74歳で要援護状態にあり、同居者に通報等の緊急時対応が期待できない者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者のひとり暮らしの者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者で、同居者に通報等の緊急時対応を期待できない者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
障害等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳				
等級・障害程度	※障害者手帳がない場合は、記入不要				
ケアマネジャー ・支援専門員	事業所・担当者氏名		電話番号		
現疾患・既往歴					
かかりつけ 医療機関名			診療科		
所在地			電話番号		
日常生活において 心配なこと	<input type="checkbox"/> 現疾患の急変 <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 麻痺・しびれ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 独居の不安 <input type="checkbox"/> その他 ()				

世帯員情報

世帯員①	フリガナ		生年月日	年	月	日生
	氏名			()		歳
	続柄	要介護認定・障害・状況等				
世帯員②	フリガナ		生年月日	年	月	日生
	氏名			()		歳
	続柄	要介護認定・障害・状況等				