

佐倉市緊急通報サービス事業調査票

基本情報

< 記入例 >

フリガナ	フクシ サクラ		生年月日	昭和○年○月○日生
対象者氏名	福祉 佐倉			(○○)歳
住所	〒285-0000 佐倉市 □□□1-1-1			
固定電話	043-000-0000	携帯電話	090-△△△△-△△△△	
※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	(例) NTT、KDDI、広域ネット296 など <small>※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。</small>			
区分	<input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らしの者 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 介護支援事業所 リーフデ		電話番号 043-000-0000	
現疾患・既往歴	高血圧症、糖尿病、大腿骨骨折(△△年頃、人工関節置換術)			
かかりつけ医療機関名	□□□クリニック	診療科	◇◇◇◇科	
所在地	佐倉市□□□1-5-10		電話番号 043-000-0000	
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 checked="" type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 麻痺・しびれ <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" 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	フクシ フク		生年月日	昭和○年○月○日生
	氏名	福祉 福			(○○)歳
	続柄	妻	要介護認定・障害・状況等 要介護4・認知症状あり・自宅内は伝い歩きで、転倒しやすいなど		
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			