様式第２　　　　 緊急通報のためのひとり暮らし高齢者等データ入力票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置連絡先氏名  (本人以外の場合記入) | | | | | （続柄：　　　　） | | |
| 自宅電話 | | | | |  | | |
| 携帯電話 | | | | |  | | |
| 民生委員 |  | | | | | | | | | 電話　　　　－ | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 男 ・ 女 | |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | 大・昭 | 年　　月　　日 |
| 自宅電話 |  | | | | | 携帯電話 | | | |  | |
| 住所 | 一宮市 | | | | | | | | | | |
| 住居 | 木造 | | 一戸建（持家）・借家・マンション・アパート・借間 | | | | | | | | |
| 鉄筋 | | 公営住宅・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 平屋建・２階建・３階建以上（　　　　　　　　階建） | | | | | | | | | | |
| 住所の目標  となるもの |  | | | | | | | | | | |
| 主な病名 |  | | | | | | | | | | |
| 血液型 | Ａ・Ｂ・ＡＢ・Ｏ | | | | 医療保険 | | | 国保　・　後期高齢者医療  その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 医療機関① |  | | | | | | | 電話　　　　　－ | | | |
| 医療機関② |  | | | | | | | 電話　　　　　－ | | | |
| 身体障害者手帳 | | 有（番号：　　　　　　　　　　　）　　・　　無 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **親　族　の　緊　急　連　絡　先　①** | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | |  | | 自宅電話  携帯電話 | | |
| 氏名 |  | | | | (続柄：　　　) | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| **親　族　の　緊　急　連　絡　先　②** | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | |  | | 自宅電話  携帯電話 | | |
| 氏名 |  | | | | (続柄：　　　) | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| **市内の協力員（近所の方など）**　（承諾のあった人のみ記入すること） | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | | | 自宅電話  携帯電話 | | |
| 氏名 |  | | | 民生・近所の方  (その他：　　　) | | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | | | 自宅電話  携帯電話 | | |
| 氏名 |  | | | 民生・近所の方  (その他：　　　) | | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| 世帯構成員 | 氏名 |  | | | | (続柄： 本人 ) | | 明・大  昭・平 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  | | | | (続柄：　　　) | | 明・大  昭・平 | 年　　月　　日生 |
| 介護保険認定の有無 | | | 有（介護支援事業所：　　　　　　　　　　　　　）・　無 | | | | | | |

　（注）１．医療機関………利用している医療機関を記入してください。

２．市内の協力員…親族の緊急連絡先が市外、もしくは、いない場合は必ず記入してください。

　　　　３．世帯構成員……同居人がいる場合は記入してください。