

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
氏名	(続柄：)		携帯電話
住所			
親族の緊急連絡先 ②			
フリガナ			自宅電話
氏名	(続柄：)		携帯電話
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
氏名	民生・近所の方 (その他：)		携帯電話
住所			
フリガナ			自宅電話
氏名	民生・近所の方 (その他：)		携帯電話
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。