緊急通報装置チェックシート

調査年月日	令和　　年　　月　　日

氏　　名	フリガナ 男 女	生年月日	明・大・昭 年　月　日
住　　所	摂津市 連絡先（　　－　　－　　）		
電話回線	１．ＮＴＴアナログ　２．その他の回線（ＩＳＤＮ、光ファイバー、ケーブル等） ３．固定回線なし（携帯型）		
健康状態	１．健康　２．病弱　３．ねたきり　※　現在治療（している・していない）		
	医療機関	①医療機関名（　　）・医師名（　　） 連絡先（　　－　　－　　）	
		①医療機関名（　　）・医師名（　　） 連絡先（　　－　　－　　）	
	※　病状（既往症）等について （血液型　A・　B　・　O　・　AB　）		
介護保険	１．申請しない（理由　　）　２．申請中 ３．要支援（１・２）　４．要介護（１・２・３・４・５）　５．非該当		
	居宅介護支援事業者名（　　） 担当者名（　　） 連絡先（　　－　　－　　）		
障害者手帳	無　・　有	身体障害者手帳（　　級　）	
		療育手帳（　判定　　）	

別居親族・緊急時連絡先	氏　名	続柄	住　所	電話番号(緊急時)

備　　考	