

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	生年月日	明・大・昭
		女		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 (- -)		
	医療機関	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				