

あんしん見守りセンサー利用申請書

都留市長 様

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

あんしん見守りセンサーを利用したいので、次のとおり申請します。なお、緊急通報を発したときは、関係機関及びかけつけ員の住宅内への立ち入りを認めるとともに立ち入りに際し、やむを得ず住宅の一部を損傷しても、責任は問いません。また、対象者の要件の確認のため、世帯の市町村民税の課税状況について、関係諸帳簿を閲覧することに同意します。

▼基本情報

フリガナ		性別	安否
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 否
フリガナ		お元気コール(月に1度)	
住所	〒 -	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 否	
電話番号	() -	携帯電話	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 (歳)	年 月 日	血液型 RH <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 型
居住形態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設 (老人ホーム・グループホーム・高専賃)		

▼支援者情報

順位	駆け付け依頼者氏名	続柄	住所	連絡先
1	フリガナ:			自宅:
				携帯:
2	フリガナ:			自宅:
				携帯:
3	フリガナ:			自宅:
				携帯:

▼登録者情報 例：遠方の家族など

1	フリガナ:			自宅:
				携帯:
2	フリガナ:			自宅:
				携帯:
3	フリガナ:			自宅:
				携帯:
4	フリガナ:			自宅:
				携帯:

▼かかりつけ医状況

医療機関名		連絡先	() -
担当医	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 在宅		
医療機関名		連絡先	() -
担当医	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 在宅		

▼身体状況

疾患部位	<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器 <input type="checkbox"/> 皮膚・口腔 <input type="checkbox"/> 感覚器障害 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 骨・運動器 <input type="checkbox"/> 血圧異常・血管系 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 消化器		
疾患名		ペースメーカー	有・無
聴力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器	有・無
視力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 著しく不自由	眼鏡	有・無
稼働域	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 上肢不自由(右・左・両) <input type="checkbox"/> 下肢不自由(右・左・両)		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> シニアカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり		

▼介護状況

	事業所名(担当者名)				連絡先		
ケアマネ					() -		
デイサービス					() -		
ヘルパー①					() -		
ヘルパー②					() -		
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請・自立						
障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神障害()級						
デイサービス	月	火	水	木	金	土	日
	～	～	～	～	～	～	～
ヘルパー	～	～	～	～	～	～	～
	～	～	～	～	～	～	～
	～	～	～	～	～	～	～

キーボックス 要・不要 鍵の場所 ()

▼備考

起床時間 : 就寝時間 :

弊社は、個人情報を適切に保護し、安全に管理するためにセキュリティーの確保・向上に努めます。また、法令で認められている場合を除き第三者へ提供・開示は致しません。

民生委員との情報共有 有 無
 民生委員名 _____ 連絡日 _____
 連絡職員 _____

センター長	コールセンター	受付者	聴取者
印	印	印	印

