緊急通報システム利用申請に伴う生活環境等について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | | 性別 | |  | | | 生年月日 | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | |
| 住宅の状況 | 家屋種類 | | 普通家屋（平屋・2階建て）　　　貸家（民間・市営） | | | | | | | | | | | |
| 所有関係 | | 自家　家主名（　　　　　　・電話番号　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 目標物 | | （住宅付近） | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 | | （住宅までの道のり） | | | | | | | | | | | |
| 身体の状況 | 身障手帳 | | 有・無 | 障害名 | | | | 障害名 | | | | | | （番号）  福島県 |
| 種級 | | | | 種級 | | | | | |
| 既往症 | | （現在の健康状態等について） | | | | | | | 血液　　型  ＲＨ | | | | |
| 起居状況等 | |  | | | | | | | | | | | |
| 前年度所得税課税額 | | | 令和　　年分　　　　　　　円（不明な場合は無記入でも可） | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | 保険種別 | 国保・社保・共済・国組 | | | | 後期高齢　有・無 | | | | | 重度医療　有・無 | | |
| かかりつけ病院 |  | | | | | | | | | | | |
| 科名 |  | | | | | | | | | | | |
| 主治医 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 協力員 | | 氏　　名 | 関係等 | | 住　　所 | | | | | | | | 電話番号 | |
|  |  | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | |  | |
| 緊急連絡先 | |  |  | |  | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | |  | |

※協力員はおおむね3名以上、親族等の緊急連絡先は2名記入してください。