

(様式第1号)

大樹町ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置設置申請書

年 月 日

大樹町長 様

申請者 住所 大樹町 _____

氏名 _____ ㊟

次のとおり、大樹町ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置の設置を受けたく申請します。

申 請 者	氏 名	大樹町	性別	生 年 月 日
	住 所		男 ・ 女	M. T. S. 年 月 日 (満 歳)
			電 話 番 号	
				—

※ 添付書類 (1) 大樹町ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置設置登録カード
(2) 住宅付近見取り図

該当する項目を○で囲んでください。

その他等には、必要事項を記入してください。

事 項	調 査 項 目		
身体障害者手帳	ある (種 級) なし		
介護保険認定	要支援 1・2 なし	要介護 1・2・3・4・5	
担当ケアマネ		事業所	
病 歴 (詳細)			
ペースメーカー	ある・なし	在宅酸素	ある ・ なし
健康状態	健康 普通 やや病弱 病弱	病状が急変し、病院に運ばれたことはありますか <u>ある・なし</u> (いつ:) (病院搬送方法:)	
身体状況	視力 支障がある・なし 聴力 支障がある・なし 上肢 支障がある・なし 下肢 支障がある・なし その他 () に支障がある・なし		
日常生活 動作状況	歩行・排泄・食事・入浴・着脱衣・その他 () が適切 に行うことができなく、日常生活に支障が <u>あ る ・ な い</u>		
住居状況	1 建築期日 大・昭・平 年 月頃 2 住居種類 自家・公営住宅・借家・その他 () 3 住居構造 平屋・2階 () 造り 4 住居の外壁・内壁等の素材 防火建材 (不燃性のもの)・ベニヤ・木造・その他 ()		

(1) 大樹町ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置設置登録カード

利用者番号						
氏名	(カナ氏名)					
性別	男 ・ 女					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生					
電話番号	() -					
住所	大樹町					
	(目標物)					
血液型	A+、B+、O+、AB+、A-、B-、O-、AB-					
緊急連絡員	氏名	住所	性別	生年月日	電話番号	本人との関係
	1					
	2					
	3					
	4					
主な病気						
医療機関	病院名 (電話 -)					
	主治医 (電話 -)					
その他						
親族連絡先	氏名 (電話 -)					
	住所					

(2) 住宅付近見取り図

