

## 緊急通報装置貸与事業調査票(1)

登録番号	No.		
カナ		血液型	
氏名		同居者	
住所	〒	船橋市	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
固定電話	( )	携帯電話	( )
固定電話 回線の種類			
家の目標			
健康保険証番号		アレルギー	有・無 ( )
障害			
現病歴 既往歴	※貸与要件の確認となりますので詳細にご記入ください		

緊急連絡先①	氏名		関係	
	住所	〒	生年月日	年 月 日
	固定電話	( )	携帯電話	( )
緊急連絡先②	氏名		関係	
	住所	〒	生年月日	年 月 日
	固定電話	( )	携帯電話	( )
緊急連絡先③	氏名		関係	
	住所	〒	生年月日	年 月 日
	固定電話	( )	携帯電話	( )

※緊急連絡先の方には、緊急通報が入った際や安否警報が作動した際に、対応報告・状況確認をさせていただくことがありますので、緊急連絡先になられる方のご了承のもとご記入ください。

## 緊急通報装置貸与事業調査票(2)

救 助 口	
-------	--

消 防 署	船橋市消防局救急司令センター	電話番号	( 047 ) 435 - 1111
-------	----------------	------	--------------------

医療機関は、診察を受けたことがある中で極力夜間診察のできる場所を選んでください。

医療機関		電話番号	(       )		
住 所					
診療科		主治医		夜間対応	有 ・ 無

設置前 連絡先	貸与決定後に委託業者より連絡いたしますので、日程調整・装置取付け等の対応ができる方をご記入ください ※「その他」の場合は氏名・電話番号・利用者との関係を備考欄にご記入ください
	利用者本人 ・ 緊急連絡先① ・ 緊急連絡先② ・ 緊急連絡先③ ・ その他

(備 考)

家の目標
<p>地図 ※目標物と自宅には印を付けてください。 (自宅付近) (文字や地名が判読できる大きさと、入らないときは別紙に書いてください。)</p>