様式第２号

緊急通報装置利用者概況表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＊ | | | |
| 基  本  事  項 | 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | 性　別 | | | | 男・女 | |
| 氏 名 | 血液型 | | | | 型・Rh | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証 | 種 別 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 記 号 |  | | | | | | | 番 号 | |  | | | | |
| 老人医療保険番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害の概要 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳交付 | | 有・無 | | | 程　度（　　　　級） | | | | | | | | | | |
| 住居の状況 | 種 別 | 持家 借家 一戸建 集合住宅 | | | | | | | | | | | | | |
| 構 造 | （　　　　　　 　）造（　　　　）階建て | | | | | | | | | | | | | |
| 近親者の連絡先 | 連絡順位 | 氏 名 | | 続柄 | | | 住 所 | | | | | | | 電話番号 | | |
| １ |  | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| ２ |  | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| ３ |  | |  | | |  | | | | | | |  | | |
| 医療機関 | 病 名 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 担当医師名 | （科） | | | | | | | （科） | | | | | | | |
| 診療券番号 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 近隣協力員 | 連絡順位 | 氏 名 | | | 続柄 | | | 住 所 | | | | | | | | 電話番号 |
| １ |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| ２ |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| ３ |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| 民生委員 |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | |