

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 氏名			性別	男・女
				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					