様式第1号(第5条関係)

緊急通報システム利用申請書

年　　月　　日

　　久山町長　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

氏名

住所

電話番号

　　久山町緊急通報システム設置事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 希望形態 | | 固定型　　・　　携帯型 | | |
| 協力員１ | |  | 関係 |  |
| 電話番号 | |  | 駆付時間 | 分 |
| 住所 | |  | | |
| 協力員２ | |  | 関係 |  |
| 電話番号 | |  | 駆付時間 | 分 |
| 住所 | |  | | |
| 協力員３ | |  | 関係 |  | |
| 電話番号 | |  | 駆付時間 | 分 |
| 住所 | |  | | |
| 民生委員等意見 | | 氏名 | | |

様式第2号(第5条関係)

年　　月　　日

　　久山町長　　　　殿

氏　名

住　所

確約書

　　久山町緊急通報システム事業の実施にあたり、次の事項を守ることを約束し、本書を提出します。

　1　貸与を受けた緊急通報装置を適切な管理の下に使用し、これを譲渡し、転貸し、又は担保に供する等目的以外に使用しません。

　2　緊急通報装置の全部又は一部を毀損し、又は消滅したときは直ちに久山町にその状況を報告し、その指示に従います。

　3　次の各号に該当する場合は、速やかに緊急通報装置を久山町に返却します。

　　(1)　緊急通報システム事業の要件に該当しなくなったとき。

　　(2)　その他、町長が緊急通報装置を設置しておく必要がないと認めたとき。

　4　緊急通報を発した場合は、協力員や関係機関職員等の住宅内への立入りを認めます。

　5　緊急時に協力員や関係機関職員等が住宅内に入るに際し、住宅等の一部に毀損が生じても修復責任を問いません。

　6　この確約書の定めにない事項については、全て町長の指示に従います。

様式第3号(第5条関係)

登録明細書　　　(1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | No. | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 性　別 | | | | (男･女) | | | | | | 血液型 | | | |  | |
| カナ氏名 |  | | | | 生年月日 | | | |  | | | | | | | | | 年齢 | |  |
| 電話番号 | (　　　　)　　　　―　　　　　　　・(　　　　)　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目標 |  | | | | 保険証番号 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | アレルギー・  障がいの有無 | | | | | | | 有･無 | | | | | | | | |
| 親族氏名 |  | | | | 関係 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 親族住所  電話番号 | 〒  TEL：　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力員１ | 氏　名 |  | | | | | | | | | 関係 | | | | |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 駆付・連絡 | 駆付時間 | | 分 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 協力員２ | 氏　名 |  | | | | | | | | | 関係 | | | | |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 駆付・連絡 | 駆付時間 | | 分 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 協力員３ | 氏　名 |  | | | | | | | | | 関係 | | | | |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 駆付・連絡 | 駆付時間 | | 分 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関は、診療を受けたことのある中で、極力夜間診察のできるところを選んで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関１ |  | | | | | | | 診療科 | | | | | |  | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 |  | | 夜間対応 | | | | 有 ･ 無 | | | | | | 患者番号 | | | |  | | | |
| 医療機関２ |  | | | | | | | 診療科 | | | | | |  | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 |  | | 夜間対応 | | | | 有 ･ 無 | | | | | | 主治医 | | | |  | | | |

登録明細書　　　(2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救助口 | 玄関・勝手口・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 消防署 |  | | | | | | 電話番号 |  | |
|  | | | | | | | | | |
| タクシー会社名 | | | | 電話番号 | | | | 住所 | |
|  | | | | (　　　)　　　― | | | |  | |
|  | | | | (　　　)　　　― | | | |  | |
|  | | | | (　　　)　　　― | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| ケースワーカー | | 有･無 | | 氏名 |  | | | Tel(　　　)　　　― | |
| ヘルパー | | 有･無 | | 氏名 |  | | | Tel(　　　)　　　― | |
| ケースワーカー | | 有･無 | | 氏名 |  | | | Tel(　　　)　　　― | |
| ◎家族構成 | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 同居・別居 | | 電話 | 住所 |
|  | | |  |  |  | 同居・別居 | |  |  |
|  | | |  |  |  | 同居・別居 | |  |  |
|  | | |  |  |  | 同居・別居 | |  |  |
|  | | |  |  |  | 同居・別居 | |  |  |
| ◎利用者の状況 | | | | | | | | | |
| ①　健康状態  　　□高血圧　　　　□心臓病　　□脳血管障害　□糖尿病　　□肝臓病　　□腎臓病  　　□呼吸器の病気　□結　核　　□神経痛　　　□リウマチ　□関節炎　　□骨折  　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　)  ②　身体状況  　　　視　力・・・・・・□全　盲　　　□弱　　　視　　　　□普　　通  　　　聴　力・・・・・・□難　聴　　　□やや難聴　　　　□普　　通  　　　会　話・・・・・・□不自由　　　□少し不自由　　　　□普　　通  ③　日常生活状況  　　　歩　行・・・・・・□全介助　　　□一部介助　　　　　□自分で可能  　　　排　泄・・・・・・□全介助　　　□一部介助　　　　　□自分で可能  　　　食　事・・・・・・□全介助　　　□一部介助　　　　　□自分で可能  　　　入　浴・・・・・・□全介助　　　□一部介助　　　　　□自分で可能  　　　着脱衣・・・・・・□全介助　　　□一部介助　　　　　□自分で可能  ④　特記事項  　　(1)　過去の入院・退院歴  　　(2)　その他 | | | | | | | | | |

　◎　地図(自宅付近)は目標と自宅には印をつけて、別紙A4版でお送りください。