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。