

緊急通報システム貸与調査票

記入日	令和 年 月 日（記入者名 _____）関係 _____		
ふりがな 対象者氏名	様	歳	要介護認定 なし 支援1 2 介護1 2 3 4 5
安否センサ	不要 ・ 必要 ⇒ 親族等の了解 有 ・ 無		
同居人	無 ・ 有 氏名 _____ 歳 関係 _____		
治療中の病気		通っている医療機関	
高血圧症・糖尿病 脳血管疾患（脳梗塞・脳出血） 心臓病・腎臓病 骨粗鬆症・腰痛 不眠 その他			
※一週間のうち定期的に不在になる時間帯や曜日などありましたら記入してください。			
利用電話回線	NTT・NTT以外（ _____ ）		
そのほか	ドアホン：有・無 _____ ・ インターネット：有・無 _____		
合鍵	協力員①：有・無 _____ 協力員②：有・無 _____ 協力員③：有・無 _____		
設置立ち合い	本人のみ・有（関係： _____）		
駐車スペース	自宅敷地内：他（ _____）		
救急医療情報 キット	有 ・ 無（⇒無の場合申請必要）		
<p>緊急通報システムを利用するにあたり、下記事項に同意いたします</p> <ol style="list-style-type: none"> 緊急通報時の緊急連絡先及び協力員への連絡について、本人の承諾を受けること。 申請者と住宅所有者が異なる場合（借家等）、設置工事等について必要時住宅所有者の承諾を受けること。 委託業者に上記個人情報を提供すること。 袋井市地域包括ケア推進課が、安否又は動向を確認するために必要な範囲において地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が把握する情報を得ること。 <p style="text-align: center;">本人氏名 _____</p>			

市処理欄	コールセンター・現場急行	固定・モバイル	業者名	
------	--------------	---------	-----	--