

狛江市あんしん見守りサービス事業利用者登録カード(表)

狛江市

会員番号	NO.	個人負担	有 ¥ . 無		
氏名(カナ)		性別	男・女	血液型	型
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	
同居人氏名(カナ)		性別	男・女	血液型	
同居人氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	
電話番号		携帯番号			
FAX番号					
住所(カナ)					
住所	〒				
	アパート・マンション名	号棟	部屋番号		
自宅の目標物		鍵の 保管場所		救助進入口	
現在かかっている病気					
今までかかった大きな病気				介護度	
障がいの有無		障がい名	等級 種 級		

緊急連絡先 1	氏名(カナ)		性別	男・女	関係	
	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	
住所	〒					
電話番号		電話番号2				
携帯電話		FAX番号				
駆付時間	分	合 鍵	有・無	同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

緊急連絡先 2	氏名(カナ)		性別	男・女	関係	
	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	
住所	〒					
電話番号		電話番号2				
携帯電話		FAX番号				
駆付時間	分	合 鍵	有・無	同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

緊急連絡先 3	氏名(カナ)		性別	男・女	関係	
	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	
住所	〒					
電話番号		電話番号2				
携帯電話		FAX番号				
駆付時間	分	合 鍵	有・無	同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

## 狛江市あんしん見守りサービス利用者登録カード(裏) 狛江市

※医療機関は、主治医及び診察を受けたことがある中で極力夜間診察のできる場所

医療機関		電話番号	
住所			
主治医		診療科	
			夜間対応
			有・無
医療機関		電話番号	
住所			
主治医		診療科	
			夜間対応
			有・無

※(表)の緊急連絡先と異なる場合に記入すること

親族1	氏名カナ		性別	男・女	関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号			電話番号2			
携帯電話			FAX番号			
住所	〒					
親族2	氏名カナ		性別	男・女	関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号			電話番号2			
携帯電話			FAX番号			
住所	〒					
親族3	氏名カナ		性別	男・女	関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号			電話番号2			
携帯電話			FAX番号			
住所	〒					

地域包括支援センター	名称 氏名		電話番号	
------------	----------	--	------	--

※その他連絡先で登録が必要なもの(ケースワーカー等)

その他連絡先1	名称 氏名		電話番号	
その他連絡先2	名称 氏名		電話番号	
その他連絡先3	名称 氏名		電話番号	