第４号様式（第５条）

緊急通報装置設置調査書（その１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 |  |  |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男・女 | 血液型 |  |
| カナ氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳　 |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 285- | 酒々井町 |
| 目　　標 |  |
| 健康保険 | 　種類　　　　　　　　　　　　　　　番号 |
| 後期高齢者医療 | 　被保険者番号 |
| 介護保険 | 　番号　　　　　　　　　　　　　　　区分 |
| 身体障害者手帳 | 　障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　種　　　　　　　　級　　 |
| 病名１ |  | 病名２ |  | 病名３ |  |
| 親族氏名 |  | 電話番号 |  |
| 親族住所 | 　　－ |  | 関係 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力員１（カナ氏名） | （　　　　　） | 性別 | 男・女 | 関係 |  |
| 電話番号 |  | 生年月日 | M・Ｔ・S　　　年　　月　　日 |
| 駆付時間 | 分 | 住　所 | 285-　　　　酒々井町 |
| 協力員１（カナ氏名） | （　　　　　） | 性別 | 男・女 | 関係 |  |
| 電話番号 |  | 生年月日 | M・Ｔ・S　　　年　　月　　日 |
| 駆付時間 | 分 | 住　所 | 285-　　　　酒々井町 |
| 医療機関は、診察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ください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関１（名称） |  | 電 話 |  |
| 住　所 |  |
| 主治医 |  | 診療科 |  | 夜間対応（ 有・無 ） | 患者番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関２（名称） |  | 電 話 |  |
| 住　所 |  |
| 主治医 |  | 診療科 |  | 夜間対応（ 有・無 ） | 患者番号 |  |

緊急通報装置調査書（その２）

|  |  |
| --- | --- |
| 救助口 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 消防署 | 佐倉市・八街市・酒々井町消防組合消防本部 | 電話番号 | ０４３－４８１－１１１９ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| タクシー会社名 | 電 話 番 号 | 住　　　所 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ワンタッチダイヤル | 電話機 |
| ボタン１ |  | ボタン４ |  | 単独・親子 |
| ボタン２ |  | ボタン５ |  |  |
| ボタン３ |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 地図（自宅付近） |