

# 緊急通報システム 登録明細 (1)

I D		利用者区分	高齢者・身障	種 級	令和 年 月 日
フリガナ		性別	男・女	血液型	A・B・O・AB
氏 名		生年月日	M・T・S 年 月 日 歳		
電話番号		同居人		関係	
フリガナ		住居種類	自家・マンション・アパート・借家 公住（シルバーハウジング・各営住宅）		
住 所		住居構造	木造・鉄筋 平家・ 階建		
		目 標 物		鍵の保管	

主な病歴		健康保険	国保・社保・共済・生保・後期高齢		
医療機関1		[夜間対応:有・無]	電 話		
住 所			診療科		主治医
医療機関2		[夜間対応:有・無]	電 話		
住 所			診療科		主治医

タクシー会社		電 話			
在宅サービス利用	ホームヘルパー(担当 )		デイ( )	ショート	訪問・電話

フリガナ		住 所		続柄	
親族氏名		電 話		駆付	分

協力員	フリガナ氏名	性別	住 所 電 話	生年	年齢	関係	駆付時間	備 考	
			男・女	TEL	M・T・S	年生 歳		分	
			男・女	TEL	M・T・S	年生 歳		分	
			男・女	TEL	M・T・S	年生 歳		分	

特記事項	
------	--

端末機管理コード	
----------	--

## 緊急通報システム 登録明細 (2)

※同居人情報 ID

フリガナ		性別	男・女	関係		血液型	A・B・O・AB
同居人		生年月日					歳
主な病歴							
医療機関1		[夜間対応] 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	電話				
住 所			診療科		主治医		
医療機関2		[夜間対応] 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	電話				
住 所			診療科		主治医		

地図 (自宅付近) ※目標物と自宅には印を付けて下さい。  
(文字や地名が判読できる大きさと、入らない時は別紙をお願いします。)