自治体用登録明細（１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＩＤ番号 |  | 地区№他 |  |  |
| フリガナ |  | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
| 会員名 |  |  |  | 歳 |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号 | 血液型 |
|  |  |  |
| [地図]　　　別紙のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ゼンリン[第一目標] |
| [救助口] | [鍵管理者] |
|  |
| [健康状態] |
| 病　　　名 |  |  |  |
| 医療機関名 |  | 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所　 |  | 住　　所　 |  |
| 協力員１ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| TEL№ | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯） | 駆付 | 年齢　　　　歳 |
| 住　　所 |  | 関係 |  |
| 協力員２ |  | 生年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| TEL№ | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯） | 駆付 | 年齢　　　　歳 |
| 住　　所 |  | 関係 |  |
| 協力員３ |  | 生年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| TEL№ | （自宅）　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯） | 駆付 | 年齢　　　　歳 |
| 住　　所 |  | 関係 |  |

自治体用登録明細（２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID番号 |  | 氏　　名 |  |
| 福祉サービス | 在介支援センター　　　　TEL　№ |
| ヘルパー |  | 配食サービス |  |
| デイサービス |  | その他１ |  |
| デイケア |  | その他２ |  |
| 家　　族　　構　　成 |
| 続柄 | 氏　　名 | 年齢 | 同別居 | 電話番号 | 住　　　所 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 民生委員 | 氏　　　　　名 | 電話番号 | 住　　　　　　所 |
|  |  |  |
| ［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 |
| 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 |
| 1. 特記事項
 |