様式６号

調査書

（緊急通報システム、声の訪問）

（１）利用者氏名 （　　　　　　　　　　　　　　 ）

（２）世帯の状況（単身の場合は不要）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（ふりがな） | | 続柄 | 年齢 | 電話番号（②は２つ目がある場合） | 備考（ひとり暮らしに準じる理由等） |
| （ |  | ） |  |  | ①  ② |  |
|  |
| （ |  | ） |  |  | ①  ② |  |
|  |
| （ |  | ） |  |  | ①  ② |  |
|  |

※ひとり暮らしに準じる世帯としてお申し込みの場合は、その理由を備考欄にご記入ください。

例）仕事で昼間不在、（記載の同居人が）寝たきりのため緊急時に対応が困難など

（３）緊急連絡先（可能な場合は、二人目（第２連絡先）もご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 氏名（ふりがな） | | | | | 年齢 | 住所 | 利用者  との関係 | 連絡がつきやすい電話番号（②は２つ目がある場合） |
| 第１ 連絡先 | （ |  | |  | | ） |  |  |  | ①  ② |
|  | | | | |
| 第2 連絡先 | （ |  |  | | ） | |  |  |  | ①  ② |
|  | | | | |

（４）利用者の状況 （該当項目に  ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 病名等 | | | | | | | | |
| 高血圧/心臓病/脳血管障がい/糖尿病/肝臓病/腎臓病/呼吸器の病気/リウマチ/悪性腫瘍/認知症 | | | | | | | | |
| その他（ | | | | | | | | ） |
| かかりつけ医療機関（ |  | ） 主治医 （ |  | |  | ）　（TEL | | ） |
| 通院/往診 （月/週）(　　　　）回 | | | | | | | | |
| ② 手帳の有無 | | | | | | | |  |
| 身体障害者手帳：無/有 (視 /聴 /音 /言 /肢 / | | | |  | 級） 障がい名（ | |  | ） |
| 療 　育 手 帳：無/有（Ａ１ / Ａ２ / Ａ３ / Ｂ１ / Ｂ２ ） | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳：無/有 （ ）級 | | | | | | | | |
| ③ 身体状況 （視力） 全盲 　/　 弱視 / 日常生活に支障がない  （聴力） 難聴 　/ やや難聴 / 日常生活に支障がない  （会話） 不自由 / 少し不自由 / 日常生活に支障がない | | | | | | | | |
| ④日常生活状況 （少し不自由な行為に  ）  歩行　　排泄　　食事　　入浴 | | | | | | | | |
| ⑤問題行動  攻撃的行為 自傷行為 火の扱い 徘徊 不穏興奮 意思の疎通  見当識障がい 妄想、幻覚 記憶障がい | | | | | | | | |

（５）鍵の管理や電話回線について

①利用者以外に自宅の鍵を管理している人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 利用者  との関係 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |

②住居の管理人（大家、管理会社等をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名/会社名 | 利用者  との関係 | 住所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |

※管理会社等が変更した場合は、お申し出をお願いします。

③電話回線　　NTTアナログ　 JCOM　 その他　　　　　　/電話回線なし