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） |
| （ |  | ） |  |  | ①② |  |
|  |
| （　 |  | ） |  |  | ①② |  |
|  |
| （　　 |  | ） |  |  | ①② |  |
|  |

※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 | （ |  |  | ） |  |  |  | ①② |
|  |
| 第2 連絡先 | （ |  |  | ） |  |  |  | ①② |
|  |

（４）利用者の状況 （該当項目に [x]  ）

|  |
| --- |
| 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 [x]  ）[ ] 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