

緊急通報装置利用者登録用紙

○利用者に関する情報を記入してください。

利 用 者	氏名				性別	男・女	血液型	型	
	カナ氏名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	才		
	電話番号	()	-	()	-				
	住所	〒475 - 半田市							
	目標物								
	病名1		病名2		病名3				

○親族及び協力員に関する情報を記入してください。

親 族 及 び 協 力 員	親族氏名 (カナ)				関係					
	電話番号				生年月日	T・S・H	年	月	日	
	親族住所	〒 -								
	協力員1 (カナ)				関係					
	電話番号				生年月日	T・S・H	年	月	日	
	駆付時間	分	住所	〒 -						
	協力員2 (カナ)				関係					
	電話番号				生年月日	T・S・H	年	月	日	
	駆付時間	分	住所	〒 -						
	協力員3 (カナ)				関係					
	電話番号				生年月日	T・S・H	年	月	日	
	駆付時間	分	住所	〒 -						

○協力員の協力が得られない場合は駆付けサービスの利用は必須です。(どなたでも利用は可能です。)

駆付けサービス	利用する (駆付けサービスは利用料が必要です。) ・ 利用しない
---------	----------------------------------

○医療機関は、診療を受けた事のある中で、極力夜間診療の出来るところを選んでください。

か か り つ け 医	医療機関	市立半田病院			電話番号	(0569) 22 - 9881				
	住所	〒475 - 8599 半田市東洋町二丁目29番地								
	主治医				診療科			夜間対応 (有・無)	患者番号	
	医療機関2				電話番号	() -				
	住所	〒 -								
	主治医				診療科			夜間対応 (有・無)	患者番号	

緊急通報装置利用者登録用紙 (記入例)

○利用者に関する情報を記入してください。

利 用 者	氏名				性別	男・女	血液型	型
	カナ氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	〒	番	号
	電話番号	()	-					
	住所	〒475	-	半田市				
	目標物							
	病名1				病名2			

ご本人について、
記入してください。

現在及び過去に患っていた
疾患について記入してください。

遠方に住んでいても結構ですので、
身内の方について記入してください。

○親族及び協力員に関する情報を記入してください。

親 族 及 び 協 力 員	親族氏名 (カナ)				関係			
	電話番号							
	親族住所	〒	-					
	協力員1 (カナ)							
	電話番号							
	駆付時間	分	住所					
	協力員2 (カナ)							
	電話番号							
	駆付時間	分	住所					
	協力員3 (カナ)							
	電話番号							
	駆付時間	分	住所					

【重要】

- ・緊急通報があった時に駆けつけてくれることの出来る方(親戚、隣人、友人など)を3人記入してください。
- ・電話番号はお間違えのないようにお願いします。
- ・事前をお願いをして、協力員の承諾を得てください。
- ・協力員に変更があれば市役所までご連絡ください。

【任意】

協力員の協力が得られない場合は駆付けサービスを利用させていただきます。また、協力員がいる方でも利用することができます。
<駆付けサービス>
 緊急通報があった場合に、状況を確認するために駆けつけ員が利用者宅を訪問し、あんしんセンターに状況を伝えます。ただし、身体介助は出来ません。

○協力員の協力が得られない場合は駆付けサービスの利用は必須です。(どなたでも利用は可能です。)

駆付けサービス	利用する (駆付けサービスは利用料が必要です。)	・	利用しない
---------	--------------------------	---	-------

○医療機関は、診療を受けた事のある中で、極力夜間診療の出来るところを選んでください。

か か り つ け 医	医療機関	市立半田病院			電話番号	(0569) 22 - 9881		
	住所	〒475 - 8599	半田市東洋町二丁目29番地					
	主治医				診療科			
	医療機関2							
	住所	〒	-					
	主治医				診療科	区間内心 (有・無)	患者番号	

かかりつけ医があればご記入してください。
特にかかりつけ医がいなければ
市立半田病院になります。