

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 っ け 医	医療機関	知多半島総合医療センター			電話番号	(0 5 6 9) 8 9 - 0 5 1 5		
	住 所	〒 4 7 5 - 8 5 9 9 半田市横山町 1 9 2 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	十 部	イ
	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。
- ・親族欄に記載されている方も協力員として登録可能です。
- ・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	知多半島総合医療センター		電話番号	(0569) 89 — 0515	
	住 所	〒475 — 8599 半田市横山町192番地				
	主 治 医			診 療 科		
	医療機関 2					
	住 所	〒 —				
	主 治 医			診 療 科	夜間対応 (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。