様式第３号（第４条関係）

緊急通報装置貸与事業登録台帳

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |  | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　 　　年　　 　月　 　　日　(　　　歳) | 血液型 | 　 　　  |
| 住　所 | 〒伊達市 |
| 介護認定 | なし　 ／ 　要支援　１ ・ ２　／　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 障がい者手帳 | なし　 ／ 　あり　（ 身体 ・ 療育 ・ 精神　　　　　　　　　級） |
| 担当ケアマネジャー（担当相談員） | 　　　 | 電話番号 | （　　　）　 　　－ |
| 居宅介護支援事業所名（相談支援事業所名） |  |

１．利用者の状況

２．医療に関する情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病名１ |  | 病名２ |  | 病名３ |  |
| 薬・食物アレルギー | なし ・ あり （薬：　　　　　　　　　、食物：　　　　　　　　　　） |
| かかりつけの医療機関又は緊急時の医療機関（診察を受けたことのある中で、極力、夜間診察のできる医療機関を選んでください。） |
| 医療機関　１ | 名称 |  | 電話番号 | （　　　）　　　－ |
| 住所 |  | 夜間対応 | 有 ・ 無 |
| 診療科 |  | 主治医 |  |
|  |
| 医療機関　２ | 名称 |  | 電話番号 | （　　　）　　　－ |
| 住所 |  | 夜間対応 | 有 ・ 無 |
| 診療科 |  | 主治医 |  |

３．緊急連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先　１ | フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |  | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 関　係 |  |
| 住　所 | 〒 |
| □　私は、緊急連絡先１と、協力員（　１・　２　）と兼ねて対応します。⇒駆付時間　　　　分 |
| 緊急連絡先　２ | フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |  | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 関　係 | 　　  |
| 住　所 | 〒 |
| □　私は、緊急連絡先２と、協力員（　１　・　２　）と兼ねて対応します。⇒駆付時間　　　分 |
| 緊急連絡先　３ | フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |  | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 関　係 | 　　  |
| 住　所 | 〒 |

緊急通報があった際等に状況の報告を受け、必要に応じて搬送先医療機関等との連絡、手続等の対応ができる連絡先は、次のとおりです。

□　私は、緊急連絡先３と、協力員（　１　・　２　）と兼ねて対応します。⇒駆付時間　　　分

４．協力員

必要時に応じて利用者の自宅まで訪問し、状況確認、連絡等の対応ができる協力員は、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力員　１ | フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |  | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 関　係 |  |
| 住　所 | 〒 | 駆付時間 | 　　分 |
|  |
| 協力員　２ | フリガナ |  | 男・女 | 電話番号１ | （　　　）　　　－ |
| 氏　名 |   | 電話番号２ | （　　　）　　　－ |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　年　　　月　　　日　 | 関　係 |  |
| 住　所 | 〒 | 駆付時間 | 　　分 |

※上記の緊急連絡先の３名の中で、協力員１・２を兼務できる場合には、以下の記載は不要です。