

対象者（利用する方）の情報を記入してください。

令和〇年 〇月 〇日 現在

1 対象者の状況

フリガナ	ダテ モモコ	男 ・ 女	電話番号1	(024) 575-0000
氏 名	伊達 桃子	女	電話番号2	(090) 0000-0000
生年月日	昭和13年 5月 29日 (〇〇歳)	血液型	A 型	
住 所	〒960-0692 伊達市保原町字舟橋 180			
利用する 緊急通報装置	☒ 固定型 ☐ 携帯型（着信専用） ☐ 携帯型（発信・着信対応）			
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）	伊達 柿助	電話番号	(024) 575 -0000	
居宅介護支援事業所 （相談支援事業所）	居宅介護支援事業所 パーシモン			

対象者（利用する方）の持病を記入してください。

2 医療に関する情報

病名1	高血圧	病名2		病名3	
薬・食物アレルギー	なし・あり（薬：服用中の薬の名前、食物：アレルギーが出る食べ物の名前）				

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	〇〇医院	電話番号	(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇	
	住 所	伊達市〇〇町字〇〇1番地1		夜間対応	有・無
	診療科	内科	主治医	保原 太郎	
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		

緊急連絡先は2名以上、可能であれば3名、記入してください。

3 緊急連絡先

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。

緊急連絡先 1	フリガナ	ダテ ジロウ	男 ・ 女	電話番号1	(000)000-0000	
	氏名	伊達 次郎		電話番号2	(000)0000-0000	
	生年月日	昭和48年 5月 10日		関係	次男	
	住所	〒0000-0000 伊達市00町0丁目1番地1		協力員と兼ねる場合、記入してください。		

☒ 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 10 分

緊急連絡先 2	フリガナ	ダテ サブロウ	男 ・ 女	電話番号1	(000)0000-0000	
	氏名	伊達 三郎		電話番号2	() -	
	生年月日	昭和50年 6月 24日		関係	三男	
	住所	〒0000-0000 福島市00町004番地1				

☐ 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	ダテ ハナコ	男 ・ 女	電話番号1	(000)000-0000	
	氏名	伊達 花子		電話番号2	(000)0000-0000	
	生年月日	昭和49年 1月 4日		関係	長女	
	住所	〒0000-0000 伊達市00町007番地5				

☐ 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

協力員は2名、記入してください(緊急連絡先と兼ねることも可能です。)

4 協力員

必要時に応じて対象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	ホバラ ヨシオ	男 ・ 女	電話番号1	(000)000-0000	
	氏名	保原 良男		電話番号2	() -	
	生年月日	昭和40年 1月 1日		関係	隣人	
	住所	〒0000-0000 伊達市保原町舟橋0番地		駆付時間	1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	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。