

高齢者緊急通報システム 身体状況調書

年 月 日

利用者 (申請者)	フリガナ	続柄	血液型
	氏名		(不明の場合は不明とお書きください) 型
記入者	(上記と異なる方が記入した場合にご記入ください。) フリガナ 氏名		電話番号

主な病気など（当てはまるものに○をつけるか、病名をご記入ください。）

① 心疾患	狭心症・心筋梗塞・不整脈・(その他:)
② 血管疾患	大動脈解離・大動脈瘤・(その他:)
③ 呼吸器疾患	肺気腫・ぜんそく・慢性気管支炎・(その他:)
④ 脳血管疾患	脳梗塞・脳出血・脳動脈瘤・一過性脳虚血発作 (その他:)
⑤ その他	高血圧・糖尿病・透析・在宅酸素・ペースメーカー使用中 (その他:)

かかりつけ医療機関名	電話番号
①	
②	

※救急搬送受け入れ可能な病院を優先し、2カ所までご記入ください。

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 級: 障害名 _____
難病認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認定名: _____

電話応対	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 電話に出るまで時間が掛かる <input type="checkbox"/> できない (理由: _____) ※電話対応ができない方は、ご利用が難しい場合がありますので事前にご相談ください。
聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 (右・左)
歩行等	<input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり
制度の仕組み、 機器操作の理解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 大体理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない ※理解できない方は、ご利用が難しい場合がありますので事前にご相談ください。 ※介助を目的として現場派遣員の出勤を要請することはできません。
その他 (特記事項等)	