

緊急通報システム端末電話器設置登録カード

対象者	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	住所	新冠町字		電話番号		
身体状況	主な病名			医療の状況	通院 (定期・不定期)	
	現在の症状			かかりつけ の医療機関 TEL	血液型 型	
住宅の状況	自宅・借家・間借り・公営住宅・アパート・その他 ()					
生計の状況	年金 (厚生・共済・国民・その他) 仕送・給料・生活保護・その他					

夫婦世帯の場合は、配偶者状況の欄にもご記入下さい。

配偶者の状況	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	主な病名・症状・健康状態			医療の状況	通院 (定期・不定期)	血液型
				かかりつけ の医療機関		型

親族の状況	氏名	住所	続柄	職業	電話番号
特記事項	(日常生活の状況)				

緊急連絡先	第1連絡先 (親族、友人知人等)	ふりがな氏名		続柄		電話番号	—
		住所					
	第2連絡先 (親族、友人知人等)	ふりがな氏名		続柄		電話番号	—
		住所					

緊急近隣協力員	第1通報先	ふりがな氏名		性別 男・女	年齢	歳	
		住所	新冠町字 番地				
		電話	—	申請者との距離		m	
		申請者との関係					

緊急近隣協力員	第2通報先	ふりがな氏名		性別 男・女	年齢	歳	
		住所	新冠町字 番地				
		電話	—	申請者との距離		m	
		申請者との関係					

緊急近隣協力員	第3通報先	ふりがな氏名		性別 男・女	年齢	歳	
		住所	新冠町字 番地				
		電話	—	申請者との距離		m	
		申請者との関係					

備考						
----	--	--	--	--	--	--