

# 通報先設置台帳

記入日： 年 月 日

住所	金沢市		
電話	—	回線の種類	1. NTTアナログ 2. その他( )

ふりがな 氏名				ふりがな 氏名					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	生年月日	明・大・昭	年	月	日
性別	男・女	血液型	A・B O・AB		性別	男・女	血液型	A・B O・AB	
かかりつけ 病院	電話： —			かかりつけ 病院	電話： —				
主な病気	糖尿病・心臓病・高血圧 その他( )			主な病気	糖尿病・心臓病・高血圧 その他( )				
麻痺の有無	麻痺(しびれて動かない)所に ○を付けてください。 右手・左手・右足・左足 その他( )			麻痺の有無	麻痺(しびれて動かない)所に ○を付けてください。 右手・左手・右足・左足 その他( )				
要介護認定 障害の有無				要介護認定 障害の有無					

緊急時に駆けつけていただく方を記入

協力者	協力者①(利用者との関係	(TEL)	—	—	合鍵の 有無
	ふりがな 氏名	(TEL)	—	—	有・無
	住所				
	協力者②(利用者との関係	(TEL)	—	—	合鍵の 有無
	ふりがな 氏名	(TEL)	—	—	有・無
	住所				

緊急時に連絡する方を記入

緊急 連絡先	第1連絡先(利用者との関係	(TEL)	—	—
	ふりがな 氏名	(TEL)	—	—
	住所			
	第2連絡先(利用者との関係	(TEL)	—	—
	ふりがな 氏名	(TEL)	—	—
	住所			

担当地域包括支援センター	【	】	(TEL)	—	※記入不要
--------------	---	---	-------	---	-------