

通報先設置台帳

記入日： 年 月 日

住所									
電話				回線の種類	1. NTTアナログ 2. 携帯電話 3. 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	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	
緊急 連絡先	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		※記入不要
【 】 (TEL) -		