

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

東海村長 様

申請者 住所
氏名
利用者との続柄
電話番号

東海村緊急通報装置貸与申請書

緊急通報装置の貸与を受けたいので、東海村緊急通報システム事業実施要綱第5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

利用者	住 所			
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
	電話番号			
利用者 (同居家族)	ふりがな 氏 名		続 柄	
	生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
※ 身体障害者手帳	有 ・ 無	障がいの程度	級	
※ 障がいの種類	視覚 ・ 聴覚 ・ 音声言語 ・ 肢体 ・ 内部			

注意事項 ※欄は、利用者が身体障がい者の場合に限り、記入してください。

利用者の 医療情報	1 利用者氏名				
	2 医療保険名	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他 ()			
	3 保険証番号		4 血液型	型	
	5 かかりつけの病院名				
	6 診療科				
	7 医師名	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 医師	
	8 かかったことのある病名	心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 がん () ・ その他 ()			
	9 アレルギー	有 () ・ 無			
	10 入院歴	有 () ・ 無			
	利用者の 医療情報	1 利用者 (同居家族) 氏名			
2 医療保険名		国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他 ()			
3 保険証番号			4 血液型	型	
5 かかりつけの病院名					
6 診療科					
7 医師名		<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 医師	
8 かかったことのある病名		心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 がん () ・ その他 ()			
9 アレルギー		有 () ・ 無			
10 入院歴		有 () ・ 無			
利用者に 係る通報者 情報 (親族, 民生委 員, 近隣者等) ※緊急連絡先		1 通報 順位	2 氏 名	3 住 所	4 電話番号
	1				
	2				
	3				
	4				
その他 (伝えておきたいこと。)					

注意事項 利用者の医療情報のうち、主治医について、7 医師名欄の□にレ点でチェックしてください。

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

東海村長 様

申請者 住所

氏名

印

東海村緊急通報装置貸与承諾書

私は、緊急通報装置の貸与を受けるに当たり、下記の事項について承諾します。

記

- 1 緊急通報装置を発し、その後の連絡に応答しない場合は、関係者の立入りを認めること。
- 2 緊急時に救助者が住宅内に立ち入る際に、住宅の一部に破損又は汚損が生じても賠償責任を問わないこと。
- 3 東海村緊急通報装置貸与申請書（様式第1号）の裏面に記載する利用者の医療等の情報を、救助等に係る関係機関に提供すること。