

# 野木町安全・安心見守りネットワーク事業要支援者変更兼辞退届

令和 年 月 日

記入者

(訪・障・他)

|       |       |      |                        |
|-------|-------|------|------------------------|
| ふりがな  |       | 性別   | 男・女                    |
| 登録者氏名 |       | 生年月日 | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日( 歳) |
| 住所    | 野木町大字 |      |                        |
| 区名    | 区     | 自治会名 | 自治会( 班)                |

| 変更事項  | 変更後  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
|---|--|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 1. 氏名<br><input type="checkbox"/> 2. 電話番号<br><input type="checkbox"/> 3. 住所<br><input type="checkbox"/> 4. 区・自治会・班<br><input type="checkbox"/> 5. 世帯主氏名<br><input type="checkbox"/> 6. 世帯構成<br><input type="checkbox"/> 7. 避難場所<br><input type="checkbox"/> 8. 緊急連絡先<br><input type="checkbox"/> 9. その他の事項<br><input type="checkbox"/> 10. 登録を辞退 | 「10.登録を辞退」の場合は、理由をお書きください。   |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| 特記事項  | 変更後の該当する事項すべてに☑をつけてください。<br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 立つことや歩行がむずかしい</td> <td><input type="checkbox"/> 人工透析を受けている</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 支え等につかまることができない</td> <td><input type="checkbox"/> 精神的な動揺が激しい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 外出時は車いすを利用している</td> <td><input type="checkbox"/> 方向が分からない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である</td> <td><input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 音を聞き取りにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 音が聞こえない</td> <td><input type="checkbox"/> 大きな声を出してしまうことがある</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 物が見えにくい</td> <td><input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 物が見えない</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 言葉をうまく話せない</td> <td><input type="checkbox"/> その他 [ ]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 声が出ない</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 飲み込むことができない</td> <td>薬を飲んでいる病気</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人工呼吸器をつけている</td> <td>ア 血圧 イ 心臓 ウ 腎臓 エ 肝臓 オ 喘息</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 在宅酸素療法を受けている</td> <td>カ 糖尿 キ うつなど</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 排泄がうまくいかないことがある</td> <td>ク その他( )</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 立つことや歩行がむずかしい | <input type="checkbox"/> 人工透析を受けている | <input type="checkbox"/> 支え等につかまることができない | <input type="checkbox"/> 精神的な動揺が激しい | <input type="checkbox"/> 外出時は車いすを利用している | <input type="checkbox"/> 方向が分からない | <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である | <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない | <input type="checkbox"/> 音を聞き取りにくい | <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない | <input type="checkbox"/> 音が聞こえない | <input type="checkbox"/> 大きな声を出してしまうことがある | <input type="checkbox"/> 物が見えにくい | <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい | <input type="checkbox"/> 物が見えない |  | <input type="checkbox"/> 言葉をうまく話せない | <input type="checkbox"/> その他 [ ] | <input type="checkbox"/> 声が出ない |  | <input type="checkbox"/> 飲み込むことができない | 薬を飲んでいる病気 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器をつけている | ア 血圧 イ 心臓 ウ 腎臓 エ 肝臓 オ 喘息 | <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法を受けている | カ 糖尿 キ うつなど | <input type="checkbox"/> 排泄がうまくいかないことがある | ク その他( ) |
| <input type="checkbox"/> 立つことや歩行がむずかしい  | <input type="checkbox"/> 人工透析を受けている  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 支え等につかまることができない  | <input type="checkbox"/> 精神的な動揺が激しい  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 外出時は車いすを利用している   | <input type="checkbox"/> 方向が分からない  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である   | <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 音を聞き取りにくい  | <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 音が聞こえない  | <input type="checkbox"/> 大きな声を出してしまうことがある  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 物が見えにくい  | <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい   |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 物が見えない   |  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 言葉をうまく話せない   | <input type="checkbox"/> その他 [ ]   |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 声が出ない  |  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 飲み込むことができない  | 薬を飲んでいる病気  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器をつけている  | ア 血圧 イ 心臓 ウ 腎臓 エ 肝臓 オ 喘息   |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法を受けている   | カ 糖尿 キ うつなど  |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |
| <input type="checkbox"/> 排泄がうまくいかないことがある  | ク その他( )   |  |                                     |  |                                     |   |                                   |                                     |                                       |                                    |   |                                  |   |                                  |  |                                 |  |                                     |                                  |                                |  |                                      |           |                                      |                          |                                       |             |  |          |