

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 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 <input type="checkbox"/> 2. 電話番号 <input type="checkbox"/> 3. 住所 <input type="checkbox"/> 4. 区・自治会・班 <input type="checkbox"/> 5. 世帯主氏名 <input type="checkbox"/> 6. 世帯構成 <input type="checkbox"/> 7. 避難場所 <input type="checkbox"/> 8. 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 9. その他の事項 <input type="checkbox"/> 10. 登録を辞退	<p>「10.登録を辞退」の場合は、理由をお書きください。</p>
<p>特記事項</p> <p>変更後の該当する事項すべてに☑をつけてください。</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 立つことや歩行がむずかしい <input type="checkbox"/> 支え等につかまることができない <input type="checkbox"/> 外出時は車いすを利用している <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である <input type="checkbox"/> 音を聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい <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"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> 飲み込むことができない <input type="checkbox"/> 人工呼吸器をつけている <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法を受けている <input type="checkbox"/> 排泄がうまくいかないことがある </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 人工透析を受けている <input type="checkbox"/> 精神的な動揺が激しい <input type="checkbox"/> 方向が分からない <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 大きな声を出してしまうことがある <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> その他 [] </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>薬を飲んでいる病気</p> <p>ア 血圧 イ 心臓 ウ 腎臓 エ 肝臓 オ 喘息</p> <p>カ 糖尿 キ うつなど</p> <p>ク その他()</p> </div>	