

野木町安全安心見守りネットワーク事業
要支援者名簿登録申請書兼個別計画

【記入例】

令和 〇年 〇月 〇日

記入者

安全 安子 (訪・障・他)

ふりがな	のぎ はなこ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
登録者氏名	野木 花子		生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平・令 〇年 〇月 〇日(〇歳)
			血液型	<input checked="" type="radio"/> A・B・O・AB型 不明
ふりがな	のぎ たろう		区名	△ 区
世帯主氏名	野木 太郎		自治会・班	〇〇自治会 〇班
住所	野木町大字 〇〇 100番地	連絡先はお持ちのものを記載してください。		
連絡先	電話番号(自宅)	0000 - 12 - 3456	電話番号(携帯)	000 - 1234 - 5678
	FAX番号	0000 - 34 - 5678	メールアドレス	〇〇〇@△△. ××
同居の家族	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり(構成: 夫)		介護認定	要支援() 要介護(1)

①次の事項で該当する項目すべてに○をつけてください。

1. 独居高齢者 2. 高齢者世帯 3. 要介護 4. 身体障害者手帳(1・2級) 5. 療育手帳(A1・A2)
6. 精神障害者保健福祉手帳(1級) 7. 難病患者 8. その他()

特記事項	該当する事項すべてに☑をつけてください。	
	<input checked="" 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 checked="" 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	<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 checked="" 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

その他伝えておきたい状態等がある場合はご記入ください。

薬を飲んでいる病気
ア 血圧 イ 心臓 ウ 腎臓 エ 肝臓
 オ 喘息 カ 糖尿 キ うつなど
 ク その他()

②避難の際に必要な補装具があればご記入ください。(例:車いす、杖等)

補装具等(杖)

③災害発生時、どこに避難するお考えですか?

1. 指定避難所 2. 親戚・知人宅(氏名 見守り 安子) ・ その他()

→ 2. の場合、連絡先を教えてください。

市区町村名 〇〇市

電話番号 0000-65-4321