

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

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)
		血液型	A・B・O・AB型 不明
ふりがな		区名	区
世帯主氏名		自治会・班	自治会 班
住所	野木町大字		
連絡先	電話番号(自宅)		電話番号(携帯)
	FAX番号		メールアドレス
同居の家族	なし・あり(構成:)	介護認定	要支援() 要介護()

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 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	<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 []
		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()

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)・その他()

→ 2. の場合、連絡先を教えてください。

市区町村名

電話番号