

緊急通報システム利用にかかる調書

氏名					
住宅の状況	家屋種類	普通家屋（平屋・二階建）、アパート（ 階）、その他（ ）			
	所有関係	自家、借家（私営・公営）、その他（ ）			
	目標物				
身体状況	今までした大きな病気			例) 胃の手術・ぜんそく 高血圧 等	
	日常生活において身体の不安心			例) 歩行困難・立ち座り困難 虚弱体質・難聴 等	
	血液型	型			
医療機関	健康保険番号			重度医療番号	
	夜間・緊急時のため、下記のいずれかを選んでください			電話番号	科名
	会津医療センター	会津若松市河東町谷沢字前田 21-2		75-2100	
	会津中央病院	会津若松市鶴賀町 1-1		25-1515	
	竹田総合病院	会津若松市山鹿町 3-27		27-5511	
	かかりつけ医院名			電話番号	科名
介護サービス	介護保険認定	受けている（介護度 ）・受けていない			
	介護保険サービス	利用している・利用していない			
	居宅介護支援事業所名 または 地域包括支援センター名				
	担当者名	☎ - -			
親 族	氏名	住所	電話番号	続柄	
		〒			
		〒			
		〒			
※携帯電話型装置を希望される場合は右欄に○をご記入ください。					
【ご注意】 ①ご自身の携帯電話でのご利用はできません。委託業者より専用装置が貸与されます。 ②携帯電話型装置の月額基本使用料及び通話料は別途自己負担となります。					