

事業調査票

記入日 年 月 日

| | | | | |
|------|---|-----|---------|-----------|
| 利用者 | 住所 | 市川市 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日(歳) |
| | 氏名 | | | |
| | 固定電話 | () | 携帯電話 | () |
| | 固定電話 回線の種類 | | 介護認定の区分 | 無・有() |
| | | | 障害等級の区分 | 無・有() |
| 住宅区分 | <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家・賃貸 <input type="checkbox"/> その他() | | | |

| 同居者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 状況 |
|-----|----|----|-----------|----|
| | | | 年 月 日(歳) | |
| | | | 年 月 日(歳) | |
| | | | 年 月 日(歳) | |
| | | | 年 月 日(歳) | |
| | | | 年 月 日(歳) | |

| | | | | |
|--------|------|-----|------|-----|
| 緊急連絡先① | 住所 | | | |
| | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 固定電話 | () | 携帯電話 | () |
| 緊急連絡先② | 住所 | | | |
| | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 固定電話 | () | 携帯電話 | () |
| 緊急連絡先③ | 住所 | | | |
| | フリガナ | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | |
| | 固定電話 | () | 携帯電話 | () |

裏面も必ずご記入ください

| | | | | |
|-----|-----|--|----|-----|
| 病院① | 病院名 | | 電話 | () |
| | 診療科 | | 病名 | |
| 病院② | 病院名 | | 電話 | () |
| | 診療科 | | 病名 | |

| | | | | | |
|---------|-----|------|--|----|-----|
| ケアマネジャー | 無・有 | 事業所名 | | 住所 | |
| | | 氏名 | | 電話 | () |
| ケースワーカー | 無・有 | 氏名 | | 電話 | () |

| | |
|-----|-------------------------|
| 救助口 | ※窓等の物理破壊可能場所の記載をお願いします。 |
|-----|-------------------------|

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|---------|-----|
| 設置の連絡先 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先① <input type="checkbox"/> 緊急連絡先② <input type="checkbox"/> 緊急連絡先③ <input type="checkbox"/> その他（下記へ記入） | | | | | |
| | 住所 | | | | 利用者との関係 | |
| | フリガナ | | | | 電話番号 | () |
| | 氏名 | | | | | |

| | |
|----|---|
| 備考 | ※他に利用者がある場合は、氏名・生年月日・病院名・診療科・病名を記載してください。 |
|----|---|