

事業調査票

記入日 年 月 日

利用者	住所	市川市		
	フリガナ			
	氏名			
	固定電話	(		
	固定電話 回線の種類		)	
	住宅区分	<input type="checkbox"/> 持ち家	<input type="checkbox"/> 借家・賃貸	<input type="checkbox"/> その他(

回線の種類がわからない場合は「不明」と記入してください。  
 事前確認（訪問1回目）の際に確認します。  
 ※確認の結果、使用できない可能性もあります。  
 例) NTT アナログ回線・J:COM 光回線 等

該当する項目に✓

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

体の状態やその他留意事項があれば記入してください。  
 例) 目が不自由・耳が遠い・認知症 等

緊急連絡先①	住所			
	フリガナ			続柄
	氏名			
	固定電話	(	)	
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	(

緊急連絡先は**必ず2人以上**を記入してください。  
 同意が得られていればご家族以外でも登録可能です。  
 ※2人以上の記載がない場合は利用できません。

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	

通院している病院があれば記入してください。

ケアマネジャー	無・有	事業所名	
		氏名	
ケースワーカー	無・有	氏名	

緊急通報時、警備会社よりも先に救急隊が到着し、緊急性が高いと判断された場合は、鍵をお預かりしていても、家屋の一部を破壊し、救助を行う可能性があります。

その際の救助口として物理的に破壊してよい場所を記入してください。

例) 道路側(北側)の窓等

救助口	※窓等の物理破壊可能場所の
-----	---------------

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	関係
	フリガナ		電話番号	
	氏名			

該当する項目に✓

※申請後、警備会社から訪問の日程調整の連絡があります。

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。
	<div data-bbox="336 1464 1171 1603" data-label="Text"> <p>ご夫婦で見守り通報装置を利用する場合など2人以上で利用する場合に上記内容を記入してください。</p> </div> <div data-bbox="336 1637 1177 1776" data-label="Text"> <p>その他留意事項等あれば、備考欄に記入してください。</p> </div>