

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			
	性別	男 ・ 女	<small>(医療的な対応)</small>	
	固定電話	( )		
	固定電話回線の種類		障害等級の区分	無・有( )
	<input type="checkbox"/> (固定電話回線がない場合) 別途、回線利用料金を負担することを承諾します。			
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  
 ソフトバンクエア等は別途月額 1,000 円(税込)が追加で必要となる場合があります。

該当する項目に✓。  
 借家・賃貸の場合は「同意書」が必要です。

同居者	氏名	続柄	生年月日
			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。

病院①	病院名		電話	( )
	診療科		病名	
病院②	病院名			
	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		住所	
		氏名		電話	( )
ケースワーカー	無・有	氏名		電話	( )

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				
	氏名				

該当する項目に✓  
※申請後、警備会社（ALSOK）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。			
	<p style="text-align: center;">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> <p style="text-align: center;">その他留意事項等あれば、備考欄に記入してください。</p>			