

記入例(調査員用)

6年 4月 1日

燕市長 様

申請者 住所 燕市吉田西太田 1234

氏名 燕 太郎

(対象者との続柄 長男)

携帯電話をお持ちの場合は、携帯電話の番号も必ずご記入いただいでください。
(ご利用様が外出している時に安否センサーが自動通報した場合、それが誤報かどうかを確認するため)

電話 0256-92-0000

施要綱に基づく機器の設置を受けたいの

対象者	フリガナ 氏名	ツバメ ハチロー 燕 花子	性別 男 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	S21 年 7月 24日
	住所	燕市 白山町2丁目1111			
		電話①	0256-64-0000		
		電話②	090-9999-0000		

【機器種別】 希望する口にレ印をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 固定型 固定電話をお持ちの方に限ります	<input type="checkbox"/> 携帯型(自宅内のみでの使用に限る) 携帯電話かスマートフォンをお持ちの方に限ります(※)
---	---

(※) その他、注意事項・事前にご了承いただきたいこと

- ・人感センサー、火災報知器は貸与されません
- ・端末の電波状況を確認してください
- ・濡らさ

どちらを選んでいただいても、利用料は同じですが、携帯型を選択する場合は、(※)をよくご確認ください。

【緊急連絡先】 緊急時に連絡して欲しい方。不在が続いた場合の確認などを依頼できる方(県外の方も可)。

①	氏名	ツバメ タロウ 燕 太郎	対象者との関係	長男
	住所	〒959-0221 燕市吉田西太田 2222		
	電話①	090-0000-9999	電話②	0256-92-0000

②	氏名	ツバメ ジロウ 燕 次郎	対象者との関係	次男
	住所	〒×××-0000 □□県△△市○○3333		
	電話①	090-1111-8888	電話②	012-345-6789

委託業者から直接日程調整の連絡がいきますので、ご希望の時間帯等ございましたらご記入いただいでください。

業者との日程調整及び当日の立会いを行う方】

氏名	燕 太郎	電話	090-0000-9999
----	------	----	---------------

備考	平日 12:00~13:00 か 17:00 以降に連絡をください。
----	------------------------------------

(裏面につづく)

【協力員】緊急事態や状況不明の際にご利用者様宅への駆け付け、または状況確認などを依頼できる方。

①	氏名		対象者との関係	
	住所	〒		
	電話①		電話②	
	<input checked="" type="checkbox"/>	緊急連絡先①と同じ	<input type="checkbox"/>	緊急連絡先②と同じ

②	氏名	ツバメ ナツコ 燕 夏子	対象者との関係	長女
	住所	〒959-0128 燕市分水新町2丁目4444		
	電話①	090-2222-7777	電話②	0256-97-0000
	<input type="checkbox"/>	緊急連絡先①と同じ	<input type="checkbox"/>	緊急連絡先②と同じ

③	氏名		対象者との関係	
	住所	〒		
	電話①		電話②	
	<input type="checkbox"/>	緊急連絡先①と同じ	<input type="checkbox"/>	緊急連絡先②と同じ

注1 時間以内で駆け付けられる方、2名以上を指定してください。

調査票については、基本的には、調査員(支援員)の方が、ご利用者様やご家族様に必要事項を聞き取ったうえでご記入ください。ご利用者様や家族様が記入される場合も、「調査員(支援員)意見」と「事業所名称・氏名」は必ず調査員(支援員)の方がご記入ください。記載欄が足りない場合は、別紙(任意)を添付してください。

承諾書

内容をよくお読みいただき、自署していただくようお願いいたします。自署が難しい場合は、押印が必要です。

より確認すること。
より施錠されていて家の中に入れない
及び、その際の損害については利用者の負担
は、緊急時の使用を目的として委託業者等
被損・紛失した場合の復旧費用は、利用者
のことであり、本センターや民生委員等に情報提供すること
のことで承諾します。

対象者(自署) 燕 花子

()は特記がある場合(補聴器や歩行器を使用している等)にご記入ください。

【調査票】以下、基本的には調査員(支援員)の方がご利用者様やご家族様に必要事項を聞き取ったうえでご記入ください。

基本的には、ひとり暮らしの方に対する事業ですので、そうでない場合は、こちらにひとり暮らしと同等である旨を必ずご記入ください。

〇〇医院、▲▲病院	聴力	良好・少()難聴・聴こえない (補聴器使用。大きな声で話せばわかる)
脳梗塞(H28年) 心疾患	言語	話せる・話せない ()
	歩行	できる・つかまり歩き・できない ()

コミュニケーション能力のことです。

※身体の状態で心配なこと、定期的に利用している介護サービス等があればご記入ください
月・金曜日:デイサービス■■■利用、火・木曜日:訪問介護サービス●●利用
持病による発作が時々ある。

調査員(支援員)意見	※申請の目的、同居家族がいる場合は同居家族のことなど詳しく記載してください 同居している夫は、認知症があり定期的に通院している。要介護3。 いつもと違う発作等、緊急時に助けを呼べない可能性があるため申請。		
調査員(支援員)職	事業所名称・氏名		
<input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他	地域包括支援センターおおまがり 吉田 秋男 (電話 0256-62-6165)		

注)太枠内は調査員(支援員)の方が記載してください。