

別紙

いの町安心ネットワーク事業実施調査書

利用 者	フリガナ 氏 名		性 別	男 女	血液型	A B O AB
	住 所		生 年 月 日	年 月 日		
			電 話 番 号			
家 族 親 族 等	住 所					
	氏 名					
	電 話 番 号					
	申請者との続柄					
協 力 員	住 所					
	氏 名					
	電 話 番 号					
	申請者との続柄					
民生 委員	【氏名】		【住所】		【電話番号】	
戸 締 まり され て い る 場 合 の 安 否 確 認 方 法	鍵 の 所 在					
	鍵 の 預 け 先					
	非常時出入口					
	そ の 他					
か か り つ け 医 に っ つ い て	病 院 名				電話番号	
	主 病 名					
	病 院 名				電話番号	
	主 病 名					
既 往 歴						
身 体 状 況	ランク	認知症	視力	聴力	言語	麻痺
社 会 保 険 等	種 類	国保・後期・生保・健保（ ）		老人医療番号		
	記 号 番 号			福祉医療番号		
	被 保 険 者			身障手帳等		
住 居 状 況						
そ の 他 連 絡 事 項						

この調査書の内容及びほかの福祉サービスの利用状況が、管理センターの台帳に登録され、又は円滑なサービスを受けるために利用されることに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

調査年月日	年 月 日	調 査 者	
担 当 者 連 絡 先	氏 名	住所 TEL	