

身体状況等調書

（ 年 月 日現在）

フリガナ 申請者氏名		血液型	型
フリガナ 記入者氏名	※申請者以外の方が記入した場合にご記入願います。		
	申請者との関係		
	連絡先		
疾患等 について	病気は <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある（ ） 診療は <input type="checkbox"/> うけていない <input type="checkbox"/> うけている 医療機関名 _____ 電話番号（ ） _____		
日常生活 について	健康状態について（一つ選択） <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い 電話の応答について（一つ選択） <input type="checkbox"/> すぐに出られる <input type="checkbox"/> 応答までに2～5分程かかる <input type="checkbox"/> 不在の場合が多い <input type="checkbox"/> 受話器からの音声がかえづらい その他 *何か伝えておきたいことがあればお書き下さい。 [_____]		

○安心コールに応答がなかった場合の指定連絡先は以下のとおりです。

優先 順位	フリガナ 氏名	住所	電話番号	続柄 (関係)
1				
2				
3				