

## 高齢者緊急通報システム 同居者登録申請書

杉並区長 宛

年 月 日

次のとおり、高齢者緊急通報システムの利用を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
利用者		電話番号	
フリガナ		生 年 月 日	血液型
同居登録者		年 月 日 ( ) 歳	型
住 所	杉並区		
	(マンション・アパート名、部屋番号)		
申請理由	※入院中の場合は、事前にご相談ください。		

<b>窓口 に きた方</b>	フリガナ 氏 名		続柄		電話	
	住 所					

《裏面あり》

## 同居登録者の方について

主な病気など（当てはまるものに○をつけるか、病名をご記入ください。）

① 心疾患	狭心症・心筋梗塞・不整脈・（その他： _____）
② 血管疾患	大動脈解離・大動脈瘤・（その他： _____）
③ 呼吸器疾患	肺気腫・ぜんそく・慢性気管支炎・（その他： _____）
④ 脳血管疾患	脳梗塞・脳出血・脳動脈瘤・一過性脳虚血発作・（その他： _____）
⑤ その他	高血圧・糖尿病・透析・在宅酸素・ペースメーカー使用中 （その他： _____）

かかりつけ医療機関名	電話番号
①	
②	

※救急搬送受け入れ可能な病院を優先し、2カ所までご記入ください。

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 級：障害名 _____
難病認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 認定名： _____

電話対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 電話に出るまで時間がかかる <input type="checkbox"/> できない（理由： _____） ※電話対応ができない方は、ご利用が難しい場合がありますので事前にご相談ください。
聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用（右・左）
歩行等	<input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり
システム・機器 操作の理解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 大体理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない ※理解できない方は、ご利用が難しい場合がありますので事前にご相談ください。 ※介助を目的として現場派遣員の出勤を要請することはできません。
その他 （特記事項等）	

※同居登録者も利用同意書の添付が必要です。