事 業 調 査 票

記入日 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住 所  | 蕨市 | 郵便番号 | 〒335- |
| フリガナ  |   | 生年月日  | 年 月 日  |
| 氏 名  |   |
| 性別  | 男 ・ 女 （医療的な対応をするときのみに使用し、他の目的に使用することはありません）  |
| 固定電話  | 048－ | 携帯電話  |  |
| 介護認定の区分 | 無・有( 　　　　　 ) | 障害等級の区分 |  |
| □固定電話回線がないため、モバイル型を希望します。　**※該当者のみチェック** |
| 住宅区分  | □ 持ち家 □ 借家・賃貸 □ その他( )  |

 ※他に利用者がいる場合は、下記に記載してください。（65歳以上か身体障害者１・２級に限ります）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者② | フリガナ |   | 生年月日  | 年 月 日  |
| 氏 名 |   |
| 性別 | 男 ・ 女 | 既往歴 |  |
| 病名 |  | 介護認定の区分  | 無・有( 　　　 )  |
| 障害等級の区分  | １級・２級 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先① | フリガナ住　　所 |   |  |  |
| フリガナ  |   |  |  | 続 柄  |
| 氏 名  |   |  |  |   |
| 携帯電話 |  | 固定電話 |  |
| 緊急連絡先② | フリガナ住　　所 |   |  |  |
| フリガナ  |   |  |  | 続 柄  |
| 氏 名  |   |  |  |   |
| 携帯電話 |  | 固定電話 |  |
| 緊急連絡先③ | フリガナ住所 |   |  |  |
| フリガナ  |   |  |  | 続 柄  |
| 氏 名  |   |  |  |   |
| 携帯電話 |  | 固定電話 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 鍵の保管者① | 住 所  |   |  |  |
| フリガナ  |   |  |  | 続 柄  |
| 氏 名  |   |  |  |   |
| 携帯電話 |  | 固定電話 |  |
| 鍵の保管者② | 住 所  |   |  |  |
| フリガナ  |   |  |  | 続 柄  |
| 氏 名  |   |  |  |   |
| 携帯電話 |  | 固定電話 |  |

※鍵の保管者がおらず、キーボックス対応する場合、「住所」欄にキーボックスの保管場所、「氏名」欄に取り出し・保管方法（開け方と返し方）を記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院① | 病院名  |   | 電　話  |  |
| 病　名  |   | 既往歴 |   |
| 病院② | 病院名  |   | 電　話  |  |
| 病　名  |   | 既往歴 |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアマネジャー  | 無・有  | 事業所名  |   | 電話  |  |
| 氏 名  |   | 生活保護の受給 | 無・有 |

|  |  |
| --- | --- |
| 救助口  | ※窓等の物理破壊可能場所の記載をお願いします。特に指定がない場合は、「救急隊の判断に任せる」とご記載ください。  |

|  |  |
| --- | --- |
| 設置の連絡先 | □利用者本人　□緊急連絡先①　□緊急連絡先②　□緊急連絡先③　□その他（下記へ記入）  |
| 住所OR事業所名 |   | 利用者との関係 |   |
| フリガナ  |   | 電話番号  |  |
| 氏 名  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | 通所介護や訪問介護・看護の利用曜日と時間、耳が聞こえにくい等あれば記載下さい。 |