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。 |