

利用者登録明細書【1/2】

※太枠内については、必ずご記入ください。

それ以外については、緊急・ご相談の際に役立つ情報としてお伺いするものです。

差支えない範囲でご記入ください。上記以外の目的以外に使用することはありません。

フリガナ				会員番号							
漢字氏名				個人負担							
自宅電話				備 考							
携帯電話											
住所カナ	チバケンナラシノシ										
住 所	〒 275-	千葉県習志野市									
		建物名									
生年月日	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	年	月	日	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
障 害											
現在の病気									既往歴		
自宅の目標物									救助口		

※同居人の方がいる場合は、以下にご記入ください。

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳
漢字氏名				携帯電話				続柄	

※緊急連絡先・協力員各1名の登録が必須になります。（登録順位に従ってご連絡させていただきます）

緊急連絡先： 緊急事態に、その状況を連絡して欲しい方。不在が続いた場合の状況確認などを依頼できる方。

協 力 員： 緊急事態や状況不明の際に、ご利用者様宅への駆付け、または状況確認などを依頼できる方。

緊急 連絡先 1番	フリガナ				住 所	〒					
	漢字氏名										
	電話番号				性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	駆付			分
	携帯電話				合 鍵	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	関係			
協力員 1番	フリガナ				住 所	〒					
	漢字氏名										
	電話番号				性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	駆付			分
	携帯電話				合 鍵	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	関係			
協力員 2番	フリガナ				住 所	〒					
	漢字氏名										
	電話番号				性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	駆付			分
	携帯電話				合 鍵	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	関係			

利用者登録明細書【2/2】

緊急・ご相談の際に役立つ情報としてお伺いするものです。差支えない範囲でご記入ください。

医療機関 1			主治医		夜間対応	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	TEL		診療科		往診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医療機関 2			主治医		夜間対応	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	TEL		診療科		往診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※その他に登録希望の方がいる場合は、ご記入ください。

その他 1	フリガナ		住 所	〒		
	漢字氏名					
	電話番号					
	携帯電話		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	関 係	
その他 2	フリガナ		住 所	〒		
	漢字氏名					
	電話番号					
	携帯電話		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	関 係	
その他 3	フリガナ		住 所	〒		
	漢字氏名					
	電話番号					
	携帯電話		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	関 係	

※該当する箇所がある場合は、ご記入ください。

利用内容	<input type="checkbox"/> ヘルパー	曜日	時間	～
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	曜日	時間	～
	<input type="checkbox"/> 親族来訪	曜日	時間	～
	<input type="checkbox"/> デイサービス	曜日	時間	～
	<input type="checkbox"/> 通院	曜日	時間	～
	<input type="checkbox"/> 他不在日	曜日	時間	～

備 考	
-----	--