

緊急通報体制整備事業利用調査票

対象者氏名						年齢	
家族状況	氏名	続柄	性別	年齢	職業	住所	主たる介護者に○
身体状況等	介護認定情報	☐ 未申請 ☐ 申請中(月 日 申請) ☐ 非該当 ☐ 要支援(1 2) ☐ 要介護(1 2 3 4 5) ☐ 総合事業対象者 有効期間(年 月 日～ 年 月 日)					
		☐ なし ☐ あり ※ありの場合は↓ 身体障害者 級 ・ 療育 級 ・ 精神 級					
	居宅(ケアマネジャー)	事業所					
		担当者				連絡先	
	サービス利用状況	サービス種類		利用曜日		利用施設名	
	聴力	☐ 正常 ☐ やや困難 ☐ 困難			歩行	☐ 可能 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	視力	☐ 正常 ☐ やや困難 ☐ 困難			入浴	☐ 可能 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	意思疎通	☐ 可能 ☐ やや困難 ☐ 困難			着替え	☐ 可能 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	食事	☐ 可能 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			排泄	☐ 可能 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	精神面	☐ 問題なし ☐ 認知症 ☐ 抑うつ ☐ 妄想 ☐ 興奮 ☐ その他()					
	緊急通報に関する状況	緊急協力員	第1協力員	氏名			距離
第2協力員			氏名			距離	
親族等の連絡先		氏名	続柄	住所		電話番号	
主な病名等						発病時期	
その他疾患	☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ その他() 日常生活に支障が ☐ ある ☐ ない						
	☐ 視力 ☐ 聴力 ☐ 言語 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ その他() 日常生活に支障が ☐ ある ☐ ない						

緊急通報に関する状況	医療機関1	名称		電話番号		
		住所		夜間対応	☐ ある ☐ ない	
		主治医		診療科		
	医療機関2	名称		電話番号		
		住所		夜間対応	☐ ある ☐ ない	
		主治医		診療科		
特記事項	その他連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	
	貸与希望装置 (いずれかを選択)	☐ 固定電話回線機器(固定電話回線 <u>必要</u>) ☐ 回線内蔵機器(固定電話回線 <u>不要</u>)				
	オプション (+330円)	☐ 安否確認センサー				
	装置設置 希望場所	☐ 居間 ☐ 寝室 ☐ 台所 ☐ 玄関 ☐ その他()				
記入者	☐ 本人 ☐ 家族 (続柄 氏名)					
	☐ 代筆者 () 記入日 年 月 日					

(参考) 費用の負担

自己負担	月額利用料	1,595円(税込)
	※安否確認センサー有りの場合、	1,925円(税込)
	使用電話回線の基本料金	※通話料委託先負担
	ペンダント内蔵電池交換時の電池代	
	設置後の、装置の移設にかかる工事費用	
公費負担	月額利用料	1,595円(税込)
	※安否確認センサー有りの場合、	1,925円(税込)
その他	装置の設置、撤去、保守にかかる費用は委託料に含まれる。 装置の設置及び撤去が月の途中にかかるときは、設置の場合の月額利用料金は1月分を請求するが、撤去の場合は料金は発生しない。	