

302612

高齢者福祉サービス調査票2

★がついている見出しあは必須項目です。必ず記入してください。

被保険者番号 調査実施日 5:令和 年 月 日

☆6. 緊急通報装置要件(定期的に安否確認を必要とする健康状態・既往歴)

- | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害 | <input type="checkbox"/> 内臓疾患 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 骨疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 眼疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 精神症状 | <input type="checkbox"/> ガン | <input type="checkbox"/> 難病 | <input type="checkbox"/> その他() | | |

☆7. 緊急通報サービスの協力員1

<input type="checkbox"/> 新規又は変更有	<input type="checkbox"/> 変更無			
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏名		性別		対象者との関係
住所	〒	電話番号		

☆8. 緊急通報サービスの協力員2

<input type="checkbox"/> 新規又は変更有	<input type="checkbox"/> 変更無			
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏名		性別		対象者との関係
住所	〒	電話番号		

☆9. 緊急通報サービスの協力員3

<input type="checkbox"/> 新規又は変更有	<input type="checkbox"/> 変更無			
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏名		性別		対象者との関係
住所	〒	電話番号		

※☆がついている見出しあは申請するサービス項目により、必須となる場合があります。

調査補足事項(OCR読み込み対象外)

(緊急通報装置及び福祉電話)

*要件確認の補足

要介護状態にある又は慢性疾患等があり医師による治療を受けている

 定期的に安否確認が必要な状態にある (緊急通報装置のみ)

*緊急通報装置を取付ける電話機に付属する機器・機能の有無の確認

- | | | |
|-----------------------------|-------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | _____ | <input type="checkbox"/> 留守番電話 |
| <input type="checkbox"/> 無 | _____ | <input type="checkbox"/> FAX |
| <input type="checkbox"/> 不明 | _____ | <input type="checkbox"/> 通話録音装置 |
| | _____ | <input type="checkbox"/> その他() |