

別紙

いの町安心ネットワーク事業実施調査書

利用者	フリガナ氏名			性別	男女	血液型	A B O AB
	住所			生年月日	年 月 日		
				電話番号			
家族親族等	住所						
	氏名						
	電話番号						
	申請者との続柄						
協力員	住所						
	氏名						
	電話番号						
	申請者との続柄						
民生委員	【氏名】			【住所】		【電話番号】	
戸締まりされている場合の安否確認方法	鍵の所在						
	鍵の預け先						
	非常時出入口						
	その他						
かかりつけ医について	病院名					電話番号	
	主病名						
	病院名					電話番号	
	主病名						
既往歴							
身体状況	ランク	認知症	視力	聴力	言語	麻痺	
社会保険等	種類	国保・後期・生保・健保 ( )			老人医療番号		
	記号番号				福祉医療番号		
	被保険者				身障手帳等		
住居状況							
その他連絡事項							

この調査書の内容及びほかの福祉サービスの利用状況が、管理センターの台帳に登録され、又は円滑なサービスを受けるために利用されることに同意します。

年 月 日

住所  
氏名

調査年月日	年 月 日	調査者	
担当者連絡先	氏名	住所	TEL