

ひとり暮らし高齢者緊急通報機器 緊急連絡先等報告書

対象者氏名 _____

緊急通報機器利用に際し、以下の事項を報告します。

①緊急時、協力員以外に連絡が取れる家族等の連絡先

連絡先①	ふりがな		電話番号	自宅
	氏名			携帯
	合鍵の有無	有 ・ 無		FAX
	本人との関係			
	住所			
連絡先②	ふりがな		電話番号	自宅
	氏名			携帯
	合鍵の有無	有 ・ 無		FAX
	本人との関係			
	住所			

②介護保険サービス利用の有無 有 ・ 無

→有の場合以下をご記入ください。

ケアマネジャー事業所	
担当者氏名	
連絡先	

③自身の身体状況

治療中または過去に治療歴のある病気	
かかりつけ医	
病院の住所	
病院の電話番号	
障がい者手帳の有無	有 ・ 無 →有の場合以下をご記入ください。 障がい名 () 障がい等級 (級)

④電話回線

一部の電話回線は利用できない場合があります。申請時に必ず契約状況をご確認ください。

※利用できない回線例

- ・ 050 から始まる IP 番号
- ・ 公衆電話
- ・ KDDI ホームプラス電話
- ・ ソフトバンクおうちの電話

【利用電話回線】

該当する回線にチェックをいれてください。

- NTT
- ADSL 【タイプ1 / 電話共用タイプ】
《会社及び回線サービス名： 》
- ADSL 【タイプ2 / IP専用回線タイプ / IP電話機あり】
- 光（電話）回線
《会社及び回線サービス名： 》
- ソフトバンクおとくライン
- ケーブルテレビ回線
《会社及び回線サービス名： 》
- その他
《会社及び回線サービス名： 》