

豊能町安心生活見守り台帳登録申請書 兼 台帳

受付

豊能町長 様
豊能町民生委員児童委員協議会 会長 様

私は、民生委員児童委員による日常の見守り支援を受けたいので、台帳への登録を申請します。
また、緊急時に対応するため、下記の情報が町の福祉・防災関係部署、消防本部、社会福祉協議会に提供されることに同意します。

申請者

令和 年 月 日

申請者 (登録者本人 または代理人)	住所	※代理人申請の場合は登録者との関係 ()	
	ふりがな 氏名	連絡先	() -

登録者

住所	豊能町	自宅電話	() -
ふりがな		FAX番号	() -
氏名	男	携帯電話	- -
	女		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	血液型	A・B・O・AB (RH +・-)

登録区分 (あてはまる項目に○印をしてください)

- ア 75歳以上で独居の方
イ 75歳以上で(昼間・夜間)独居の方
ウ 75歳以上で高齢者のみ世帯の方
エ 地域での支援が必要な障害児・者 (障害 級 支援区分)
オ その他見守り支援を必要とする方 ()

緊急連絡先 (優先順に記入してください)

	ふりがな 氏名	続柄	住所	電話番号	
				自宅	携帯
1				自宅	() -
				携帯	- -
2				自宅	() -
				携帯	- -
3				自宅	() -
				携帯	- -

この台帳は、常時冷蔵庫内に保管してください。

また、転居などがありましたら、民生委員に連絡してください。

問い合わせ：豊能町保健福祉部福祉課 ☎739-3420

担当民生委員

電話番号

日常生活の状況 (あてはまる項目に○印をしてください)

1 会話(コミュニケーション)の状況
 ア 問題なくできる。
 イ 筆談などの配慮が必要である。
 ウ できない。

2 移動の方法
 ア 自立または杖・歩行器・手押し車などを使用してひとりで行える。
 イ 車いすを自分で操作してひとりで行える。
 ウ 手を添えたり、身体を支える、車いすを押すなど介助を必要とする。
 エ 寝たきりのため担架やストレッチャーなど使用しないと困難である。

3 介護認定の状況
 ア あり【要介護度】(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
 イ なし

4 その他、移動の際の特記事項があれば記入してください。
 ()

治療中の病気など (現在治療中の病気には○印をしてください)

1. 高血圧 2. 脳卒中 3. 心臓病 4. 高脂血症 5. 呼吸器の病気
 6. 骨粗鬆症、関節症など 7. がん 8. 認知症 9. パーキンソン病
 10. 腎臓病(透析中を含む) 11. 糖尿病(内服・インスリン治療中)
 12. アレルギー ()
 13. その他の病気(気になる症状などもあればご記入ください。)
 ()

【お薬手帳の保管場所】 (普段置いている場所に○印をしてください)

(カバンの中 ・ 食卓の辺り ・ ベッドまたは布団の枕元 ・ 冷蔵庫の辺り)
 (その他:)

かかりつけ医療機関等

医療機関名	(受診科名)	担当医師名	電話番号
			() -
			() -
			() -

担当ケアマネジャー・相談支援専門員 (おられる場合にご記入ください)

担当ケアマネジャー・相談専門支援員名	所属事業所名	電話番号
		() -

主に利用している介護サービス事業所または障害福祉サービス事業所

事業所名	電話番号	利用状況等
	() -	
	() -	

在宅高齢者福祉事業の利用状況 (利用されているものに○印をしてください)

1 町の事業
 ア 外出支援事業(「おでかけくん」や提携のタクシー会社を利用し外出を支援する事業)
 イ 高齢者見守り事業(牛乳等を配達することで安否確認を行う事業)
 ウ 緊急通報装置貸与事業(緊急通報装置を貸与することで安全を確保する事業)
 エ 紙おむつ給付事業(紙おむつを給付することで保健衛生の向上等を図る事業)

2 社会福祉協議会の事業
 オ 日常生活自立支援事業(認知症等の方の日常的な金銭管理、証書類の預かり)
 カ 車椅子貸出(在宅で一時的に車椅子が必要な方への貸出し)
 キ ひとり暮らし高齢者社会参加事業(70歳以上のひとり暮らし高齢者の交流等)
 ク 電話訪問事業(ひとり暮らし高齢者等に電話で訪問)