

## 令和6年度 豊能町安心生活見守り登録申請書

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、安心生活見守り事業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。

令和 年 月 日 (自署)

申請者

※必須

申請者 ※本人の場合は記入不用	住所			登録者(見守り対象者)との関係	
	ふりがな 氏名		連絡先		

## 登録者(見守り対象者)

住所	豊能町	自宅電話	
ふりがな		FAX番号	
氏名		携帯電話	
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 (家族・親族を記入してください) ※同意を得た上でご記入をお願いします。

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

**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きる。
- イ 車いすを自分で操作してひとりできる。
- 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。）

( )

**お薬手帳の有無・保管場所** (手帳の有無、保管場所を記入してください)

有 ・ 無

保管場所 ( )

**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)

担当者名	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

この用紙は、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：豊能町生活福祉部福祉課 ☎072-739-3420

**担当民生委員**

電話番号

※救急隊員の方へ  
民生委員は緊急連絡先ではありません