

様式第3号(第5条第1項)

緊急通報装置調査書

フリガナ		男女	生年月日	年 月 日	
氏名			血液型		
住所					
電話番号		電話回線の別	ダイヤル回線・プッシュ回線・携帯電話		
健康保険	国保・社保・その他	記号		番号	
保険者名			保険者番号		
後期高齢者医療			受給者番号		
障害者手帳	交付日	年 月 日		番号	
	障害名				種別等級
既往症					
医療機関	名称			主治医	
	所在地			連絡先	昼夜
	診察科目				
医療機関	名称			主治医	
	所在地			連絡先	昼夜
	診察科目				

親族の状況

フリガナ	住所	続柄	電話番号	備考
氏名				

協力員の状況

フリガナ		男女	関係		駆付時間	分
氏名			生年月日		年	月
住所				電話番号		

フリガナ		男女	関係		駆付時間	分
氏名			生年月日		年	月
住所				電話番号		

主な収入

課税状況

担当民生委員

調査年月日 年 月 日