

様式第1号

電話訪問個人カード(ふれあい電話申込用紙)

申込み年月日 令和 年 月 日

フリガナ			生年月日		
氏名	男・女		M T S	年 月 日	歳
現住所(居所)			電話番号		
緊急連絡先	氏名	続柄・関係	自宅電話	()	
	住所				
	勤務先名称	勤務先住所	勤務先電話	()	
ふれあい電話 申込理由					
希望の曜日	月 火 水 木 金 (可能な曜日すべてに○)				
希望の時間帯	9:00~10:00 10:00~11:00 11:00~12:00 (可能な時間帯すべてに○)				
本人の 状況	サービス等 利用状況	要介護度・・・ 非該当・要支援1・要支援2 サービス内容・・・ 利用回数・曜日・・・			
	既往症等				
	緊急通報 救急医療届出	緊急通報システム利用	有 ・ 無	救急医療届出番号	第 号
	医療情報	かかりつけ病院	かかりつけ医師		
	住居情報				
	その他				
家族関係	社会資源 地域包括支援センター(担当) 在宅介護支援センター (担当) ケアマネージャー () 文化事業・地域団体() その他()				
困っていること 心配なこと					

ふれあい電話開始します。令和 年 月 日～
 下記の理由により開始は見送ります。
理由

決 裁			
課長	係長	地域支援供覧	担当