

(1) シルバーホーン設置登録カード

調査月日

登録年月日		装置設備年月日		利用者番号	
氏名	フリガナ			男・女	
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	歳
住所	大空町				
電話番号	自宅		携帯		
血液型	A+、B+、O+、AB+、A-、B-、O-、AB-				
健康状態	心臓病	高血圧	腎臓病	糖尿病	脳梗塞
	その他 ()				
の疾病があり、日常生活に支障が あり・なし					
身体状況	上肢		下肢		
	難聴	あり・軽度あり・なし	補聴器使用	あり・なし	
	会話に支障	あり・なし	視力	普通・低下あり・視力なし	
	認知・理解力の低下	あり・軽度あり・なし	歩行状態	普通・杖使用・車椅子使用	
が適切に行うことができなく、日常生活に支障が あり・なし					
日常生活動作の状況	排泄	食事	入浴	着脱衣	
	その他 ()				
が適切に行うことができなく、日常生活に支障が あり・なし					
医療の状況	受けていない・通院 (定期・不定期)				
主な病名等			医療機関名 (電話番号)		主治医名
緊急協力員					
順位	(フリガナ)氏名	住所	性別	生年月日	電話番号 (上段が優先)
1			男・女	年 月 日	
2			男・女	年 月 日	
3			男・女	年 月 日	
順位	職業	対応時間	鍵	本人との関係	到達時間
1		: ~ :	有・無		徒歩・車 分
2		: ~ :	有・無		徒歩・車 分
3		: ~ :	有・無		徒歩・車 分

親 族 の 連 絡 先											
連絡順	(フリガナ)氏名	住 所			続柄	職 業	電 話 番 号 (上段が優先)				
1											
2											
3											
ヘルパー利用時間		月	火			水		木			
		金	土			日					
ディサービス利用状況		月	火	水	木	金	土	日			
その他サービス利用状況											
同居人氏名					フリガナ			男・女			
生年月日		大・昭・平			年 月 日 生			歳			
電話番号		携帯	— —								
血液型		A+、B+、O+、AB+、A-、B-、O-、AB-									
健康状態		心臓病	高血圧	腎臓病	糖尿病	脳梗塞					
		その他 ()									
		の疾病があり、日常生活に支障が						あり・なし			
身体状況		上 肢			下 肢						
		難 聴	あり・軽度あり・なし			補聴器使用		あり・なし			
		会話に支障	あり・なし			視 力		普通・低下あり・視力なし			
		認知・理解力の低下	あり・軽度あり・なし			歩 行 状 態		普通・杖使用・車椅子使用			
		が適切に行うことができなく、日常生活に支障が						あり・なし			
日常生活動作の状況		排泄	食事	入浴	着脱衣						
		その他 ()									
		が適切に行うことができなく、日常生活に支障が						あり・なし			
医療の状況		受けていない・通院 (定期・不定期)									
主な病名等				医療機関名 (電話番号)				主治医名			

住宅の状況	建築年月日	昭和 年 月 頃				
	住宅の種類	持ち家	公営住宅	借家	間借り	
		その他 ()				
住宅の状況	住宅の構造	平屋	2階 造り (部屋数)			
	壁の素材	外壁	木造	サイディング	モルタル	その他()
		内壁	石膏ボード	ベニヤ	木造	その他()
火災センサーの有無		有 ・ 無				
ガスセンサーの有無		有 ・ 無	LPG販売店		TEL	
特記事項	※日常生活上、気を付けていることなど記載してください。					