

千代田区救急通報システム利用申請書兼登録書（新規 ・ 変更）

緊急時等の対応を円滑に行うため、記載内容を消防・警察・医療機関等ならびに業務委託事業者へ提供することに同意します。
また、介護保険料区分等必要な情報を照会することに同意します。緊急時には事業者に預けた私の鍵を使って私の住居に入居することに同意します。

希望業者名	ホームネット(キーボックス・鍵預かり) ・ アルソック(鍵預かり) セコム(鍵預かり) ・ ALSOKあんしんケアサポート(キーボックス・鍵預かり)		
登録者氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生
同居者氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生
住 所	〒		
住所の目標			
電話など	電 話	FAX	
	携帯電話		

緊急連絡先	氏 名	住 所	電 話	関係	年齢	鍵預かり
	*搬送後の連絡先					有・無
						有・無

住居形態	自己所有 ・ 民間賃貸 ・ 区営住宅 ・ 都営住宅 ・ その他()		
居住用途	専用住宅 ・ 共同住宅 ・ 店舗併用共同住宅・ その他 名称 居住階 階		
電話の方式	アナログ ・ ISDN ・ 光回線 ・ その他()		

令和 年 月 日 氏 名

かかりつけ医療機関	病院名	主治医	住 所	電話

保険証	健保 ・ 国保 ・ 後期	記 号	番 号
血液型	RH式	＋ / －	ABO式 A / B / O / AB
体温・血圧	平熱	℃	平常時血圧 上 下
特異体質	有・無	じんましん ・ 痙攣 ・ ぜんそく ・ その他()	
薬物アレルギー	有・無	抗生剤 ・ 解熱 ・ 鎮痛剤 ・ 麻酔薬 ・ その他()	
既往歴及び持病・病歴	有・無	高血圧性疾患 ・ 心疾患 ・ 胃腸炎 ・ 脳血管疾患 ・ 喘息 悪性新生物 ・ 神経痛 ・ 神経炎 ・ 胃炎 ・ ネフローゼ ・ てんかん 黄疸 ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病 ・ その他()	
常用薬など	有・無	インシュリン ・ 抗てんかん剤 ・ 経口糖尿病薬 ・ 広張剤 降圧剤 ・ ニトログリセリン血液透析 ・ その他()	
補助具	有・無	冠ペースメーカー・コンタクトレンズ・ 杖 ・ その他()	

特記事項(生活面や緊急対応上の問題点 * 委託事業者へ連絡内容など)

--