第２号様式（第３条関係）

志木市高齢者見守り通報システム利用確認書

１　同居者の勤務等状況確認

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | |  | | | 同居者人数  (利用者を除く) | |  |
| 同 一 敷 地 内 の 状 況 | 1 | 氏　　名 |  | | | | |
| 勤務(通学)先  または職業 |  | | | | |
| 通勤・勤務時間 | 午前  午後 | 時　 　分　 ～ | | 午前午後 | 時 　　分 |
| 不定期：1日のうち（　　　）時間程度 | | | | |
| 勤 務 日 | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | |
| 不定期：1週間のうち(　　　)　日程度 | | | | |
| 2 | 氏　　名 |  | | | | |
| 勤務(通学)先  または職業 |  | | | | |
| 通勤・勤務時間 | 午前  午後 | 時　 　分　 ～ | | 午前  午後 | 時　　　分 |
| 不定期：1日のうち(　　　)時間程度 | | | | |
| 勤 務 日 | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | |
| 不定期：1週間のうち（　　　）　日程度 | | | | |
| 同居員の状況 | | | | | | | |

２　日常状況確認

・脳、心臓、呼吸器に慢性疾患がありますか。　　　（有・無）

・(有の場合)慢性疾患がある箇所はどこですか。　（脳・心臓・呼吸器）

・上記の疾患は、常時注意を要する状態だと診断されていますか。　（有・無）

・上記の疾患が原因で発作等を起こし、緊急搬送されたことはありますか。（有・無）

・(有の場合)ここ1年間での緊急搬送の回数を教えてください。（　　　　回）