様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

　伊方町長　　　　　　　様

　住　所

氏　名

緊急通報装置利用対象者身体状況届出書

下記のとおり、利用者の現在の身体状況を届け出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在患っている病気等 | 現在、かかっている病気に○印で囲んでください。 | | |
| １．心臓疾患 | ２．脳梗塞・脳血栓等 | ３．高血圧症 |
| ４．低血圧症 | ５．喘息 | ６．糖尿病 |
| ７．リウマチ・神経痛 | ８．胃腸病 | ９．腎臓病 |
| 10．肝臓病 | 11．肺結核 | 12．眼疾患（白内障等） |
| 13．骨折（部位　　　　） | 14．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ●救急搬送歴（ 有 ・ 無 ） | | |
| 直近の搬送時期等： | | |
|  | | |
| ●精神障害者手帳・療育手帳の所持（ 有 ・ 無 ） | | |
|  | | |

○医療機関受診状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 診療科 |  | |
| 病　名 |  | |
| 頻　度 | 週間に　　回　・　　　ヶ月に　　回 | 通院　・　往診 |

○身体障害者手帳の有無（ 有 ・ 無 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 等　級 | 級 | 障害名 |  |
| 手帳番号 | 第　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |