

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