

利用者登録明細(自治体用)【1】

ALSOKあんしんケアサポート株式会社

会員番号	NO.	個人負担	有 ￥ . 無		
フリガナ		性別	男・女	血液型	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	
フリガナ		性別	男・女	血液型	
同居人氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	
電話番号	() - ()	携帯番号	() - ()		
FAX番号	() - ()				
フリガナ					
住所	〒	号棟		部屋番号	
	アパート・マンション名				
自宅の目標物		鍵の保管場所		救助口	
現在かかっている病気				障害	
今までかかった大きな病気				介護度	
緊急連絡先	フリガナ		性別	男・女	関係
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢
緊急連絡先住所	〒				
電話番号	() - ()	携帯電話	() - ()		
電話番号2	() - ()			合鍵	有・無

協力員1	フリガナ		性別	男・女	関係
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢
住所	〒				
電話番号	() - ()	電話番号2	() - ()		
駆付時間	分	合鍵	有・無		
協力員2	フリガナ		性別	男・女	関係
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢
住所	〒				
電話番号	() - ()	電話番号2	() - ()		
駆付時間	分	合鍵	有・無		
協力員3	フリガナ		性別	男・女	関係
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢
住所	〒				
電話番号	() - ()	電話番号2	() - ()		
駆付時間	分	合鍵	有・無		

※ _____ 枠内については、必ずご記入下さい。それ以外については緊急・ご相談の際に役立つ情報としてお伺いするものです。差し支えない範囲でご記入下さい。尚、上記目的以外に使用することはありません。

利用者登録明細(自治体)【2】

ALSOKあんしんケアサポート株式会社

医療機関は、診察を受けたことがある中で極力夜間診察のできる場所を選んで下さい。

医療機関		電話番号	()	—
住所				
主治医	診療科		夜間対応	有・無
医療機関		電話番号	()	—
住所				
主治医	診療科		夜間対応	有・無

親族1	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号	()	—	電話番号2	()	—	
携帯電話	()	—	FAX番号	()	—	
住所	〒					
親族2	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号	()	—	電話番号2	()	—	
携帯電話	()	—	FAX番号	()	—	
住所	〒					
親族3	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	
電話番号	()	—	電話番号2	()	—	
携帯電話	()	—	FAX番号	()	—	
住所	〒					

タクシー会社	名称		電話番号 ()	—
--------	----	--	----------	---

地域包括支援センター	名称 氏名		電話番号 ()	—
------------	----------	--	----------	---

※その他連絡先で登録が必要なものがあればご記入下さい(ヘルパー、ケースワーカー等)

その他連絡先1	名称 氏名		電話番号 ()	—
---------	----------	--	----------	---

その他連絡先2	名称 氏名		電話番号 ()	—
---------	----------	--	----------	---

その他連絡先3	名称 氏名		電話番号 ()	—
---------	----------	--	----------	---