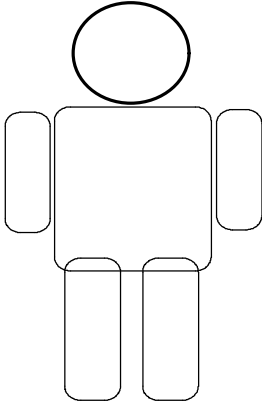


高齢者外出支援サービス事業登録調査票

登録番号		※記載しないでください。		作成日		年		月		日							
ふりがな				生年月日		年		月		日生							
利用者氏名								(		歳)							
住所：〒		川崎市		区		(アパート・マンション名)		電話		()							
						FAX		()									
付添人	氏名		続柄		住所・電話番号												
	() 歳				()												
	() 歳				()												
緊急連絡先	氏名		続柄		住所・電話番号												
					()												
					()												
対象者状況	要介護度		3 ・ 4 ・ 5 その他()		障害状況												
	身長体重		身長 cm 体重 kg														
	移動状況		車いす / フルリク車いす / 寝台 / 布タンカ														
	世帯状況		計 名 内訳()														
	家屋状況		一軒家 ・ マンション ・ アパート														
	疾患・後遺症等																
	医療器具等																
例：パルーンカテーテル・胃瘻・携帯酸素等				※身体機能が低下している部分に、斜線と内容を記載してください。													
主な行き先(受診先)			住所		電話番号		()										
			住所		電話番号		()										
			住所		電話番号		()										
特記事項	※他の交通手段の利用が困難な理由を記載してください。																
担当支援センター又は介護支援事業所		(名称)				調査担当者											
		(電話) ()															
		(メールアドレス)															
登録年月日		年		月		日		終了予定		年		月		日			
更新年月日		年		月		日		終了予定		年		月		日			
更新年月日		年		月		日		終了予定		年		月		日			

貸出希望		必要なし / 車いす / フルリク車いす / 寝台(ストレッチャー) / 布タンカ
住宅 周辺 地図 等		
	※地図には、おでかけGO乗降場所に、★印を明記してください。 ご自宅場所についても斜線等にてわかるように記載してください。	