

きんきゅう じ たいおう りようとうろくしょ
緊急時対応のための利用登録書

わたし いる ましち いきせいかつし えんきよてんとうじぎょう きんきゅう じ たいおう りよう つぎ もう こ
私は、入間市地域生活支援拠点等事業における緊急時対応の利用にあたり、次のとおり申し込み
ます。

		れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日			
ほんにん 本人 (きんきゅう じ しえん 緊急時支 援を受ける人)	ふりがな							
	しめい 氏名							
	せいねんがっぴ 生年月日	しょうわ 昭和	へいせい 平成	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	さい 歳
	じゅうしょ 住所	入間市						
	でんわばんごう 電話番号							
	しょうがい どうきゅう 障害の等級	<input type="checkbox"/> 身障手帳 _____ 級 (_____ 年 _____ 月迄)		<input type="checkbox"/> 療育手帳 _____				
しょうがいしえんくぶん 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 精神手帳 _____ 級 (_____ 年 _____ 月迄)		<input type="checkbox"/> 発達障害					
	<input type="checkbox"/> 難病等認定 診断名 (_____)							
	<input type="checkbox"/> 障害支援区分 1 2 3 4 5 6 (_____ 年 _____ 月迄)							
ほごしやおよび 保護者及び かぞく 家族	しめい 氏名	ねんれい 年齢	つづきがら 続柄	きょしょ 居所	けんこうじょうたいとう 健康状態等			
		さい 歳		どうきよ 同居	べつきよ 別居			
		さい 歳		どうきよ 同居	べつきよ 別居			
		さい 歳		どうきよ 同居	べつきよ 別居			
		さい 歳		どうきよ 同居	べつきよ 別居			
きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先	しめい 氏名	れんらくさき 連絡先		ほんにん かんけい 本人との関係				
	きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先①							
	きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先②							
	きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先③							
サービス等 利用計画	<input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所 (_____ 担当者)							
	<input type="checkbox"/> セルフプラン							
いりょう かん 医療に関する こと	びょうめい 病名							
	しょうじょう 症状							
	たいおうほうほう 対応方法							

	<small>ふくやく</small> 服薬 <small>にち かい あさ ひる よる</small> 1日__回 朝・昼・夜 ()
	<small>つういんさき</small> 通院先① <small>びょういんめい</small> 病院名 () <small>しゅじい</small> 主治医 ()
	<small>つういんさき</small> 通院先② <small>びょういんめい</small> 病院名 () <small>しゅじい</small> 主治医 ()
	<small>つういんさき</small> 通院先③ <small>びょういんめい</small> 病院名 () <small>しゅじい</small> 主治医 ()
	<small>いりょうてき</small> 医療的 <small>ケア</small> <small>よう れい じんこうこきゅうき さんそりょうほう きゅういん</small> 要 (例.人工呼吸器、酸素療法、たん吸引、等) <small>ふよう</small> 不要
<small>たいおうじ はいりよ</small> 対応時に配慮 <small>きんきゅうじ</small> 緊急時の <small>りゅういてんなど</small> 留意点等	<small>れい おお こえ はな</small> <small>(例. 大きな声で話してほしい、簡単な言葉で説明してほしい、感覚過敏なところが</small> <small>ある、食物アレルギーがある 等)</small>
<small>じゅうきにゆうらん</small> 自由記入欄	

【重要：必ずお読みください】登録にあたっては、以下のことに同意をお願いします。

<small>きんきゅうじ しえん えんかつ おこな</small> 緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び <small>かぞくどう こじんじょうほう し しょうがいふくし じぎょうしょ た かんけいきかん</small> 家族等の個人情報 を市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関 <small>しゅとく</small> から取得すること、または共有することに同意 します。	<small>し めい</small> 氏名
---	----------------------------------

※本事業により取得した登録者に関する情報は、緊急時の支援やその他本事業の運営に必要な場合のみ使用し、それ以外の場合に使用することはありません。