

緊急時対応のための利用登録書

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。

|                    |                                                                            |     |    |        |       |   |   |   |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|----|--------|-------|---|---|---|
|                    |                                                                            |     |    |        | 令和    | 年 | 月 | 日 |
| 本人<br>(緊急時支援を受ける人) | ふりがな                                                                       |     |    |        |       |   |   |   |
|                    | 氏名                                                                         |     |    |        |       |   |   |   |
|                    | 住所                                                                         | 入間市 |    |        |       |   |   |   |
|                    | 電話番号                                                                       |     |    |        |       |   |   |   |
| 保護者及び家族            | 氏名                                                                         | 年齢  | 続柄 | 居所     | 健康状態等 |   |   |   |
|                    |                                                                            | 歳   |    | 同居 別居  |       |   |   |   |
|                    |                                                                            | 歳   |    | 同居 別居  |       |   |   |   |
|                    |                                                                            | 歳   |    | 同居 別居  |       |   |   |   |
| 緊急連絡先              | 氏名                                                                         | 連絡先 |    | 本人との関係 |       |   |   |   |
|                    | 緊急連絡先①                                                                     |     |    |        |       |   |   |   |
|                    | 緊急連絡先②                                                                     |     |    |        |       |   |   |   |
|                    | 緊急連絡先③                                                                     |     |    |        |       |   |   |   |
| サービス等<br>利用計画      | <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所（担当者）<br><input type="checkbox"/> セルフプラン |     |    |        |       |   |   |   |

【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。

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| 緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び家族等の個人情報           | 氏名 |
| を市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得すること、または共有することに同意します。 |    |

※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。

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 生年月日                                                                  | しょうわ 昭和<br>へいせい 平成<br>れいわ 令和<br>ねん 年<br>がつ 月<br>にち 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 性別                                                                | 男・女 |
| しょうがい とうきゅう<br>障害の等級<br>しょうがい しえん<br>障害 支援<br>くぶん<br>区分               | <input type="checkbox"/> しんしょうてちょう 身障手帳 _____ 級 ( _____ 年 _____ 月迄) <input type="checkbox"/> りょういくてちょう 療育手帳 _____<br><input type="checkbox"/> せいしんてちょう 精神手帳 _____ 級 ( _____ 年 _____ 月迄) <input type="checkbox"/> はったつしょうがい 発達障害<br><input type="checkbox"/> なんびょうとうにんてい しんだんめい 難病等認定 診断名 ( _____ )<br><input type="checkbox"/> しょうがいしえんくぶん 障害支援区分 1 2 3 4 5 6 ( _____ 年 _____ 月迄) |                                                                   |     |
| 医療に関する<br>こと                                                          | 病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |     |
|                                                                       | 症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |     |
|                                                                       | 対応方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |     |
|                                                                       | ふくやく 服薬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | にち かい あさ ひる よる<br>1 日 _____ 回 朝・昼・夜 ( _____ )                     |     |
|                                                                       | つういんさき 通院先①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | びょういんめい 病院名 ( _____ ) しゅじい 主治医 ( _____ )                          |     |
|                                                                       | つういんさき 通院先②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | びょういんめい 病院名 ( _____ ) しゅじい 主治医 ( _____ )                          |     |
|                                                                       | つういんさき 通院先③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | びょういんめい 病院名 ( _____ ) しゅじい 主治医 ( _____ )                          |     |
|                                                                       | いりょうてき 医療的<br>ケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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<br>要 (例. 人工呼吸器、酸素療法、たん吸引、等) ふよう 不要 |     |
| たいおう じ はいりょ<br>対応時に配慮<br>すること・<br>きんきゅう じ<br>緊急時の<br>りゅういてんなど<br>留意点等 | (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ある、食物アレルギーがある 等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |     |
| じゅうきにゆうらん<br>自由記入欄                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |     |