

ひまわりホルダー登録申込書 (新規・更新)

記入日／令和 年 月 日

氏名	ふりがな _____			(男・女)
住所	_____			
電話番号	(_____)			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
緊急連絡先①	ふりがな	_____		登録先への確認 <input type="checkbox"/>
	氏名	_____	続柄(_____)	
	電話番号①	_____	② _____	鍵の預かり <input type="checkbox"/>
	住所	_____		
緊急連絡先②	ふりがな	_____		登録先への確認 <input type="checkbox"/>
	氏名	_____	続柄(_____)	
	電話番号①	_____	② _____	鍵の預かり <input type="checkbox"/>
	住所	_____		
かかりつけ医療機関	医療機関名	(_____ 科)		
	電話番号	_____		
	主治医師名	_____		
既往歴	高血圧性疾患 心疾患 糖尿病 脳血管性疾患 神経痛 腰痛 胃腸炎 結核 呼吸器障害 白内障 緑内障 難聴 骨折後後遺症 その他 (_____)			
内服薬	_____			
アレルギーの有無	無・有 (内容 _____)			
認知症	無・有 徘徊(有・無) その他症状(_____)			
介護保険認定	無・有 (_____)			
担当ケアマネジャー	無・有 事業所名 _____			
	担当者名	_____ 電話 _____		
介護保険外サービス	_____			
情報提供同意欄	登録情報は、横浜市_____地域ケアプラザで管理し、「ひまわりホルダー」の利用目的に基づき、横浜市_____地域ケアプラザにて必要と判断された場合に、搬送先病院または警察等必要機関へ情報提供し、また、安否確認に使用することに同意します。(本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。)			
	本人署名 _____			
	代筆者氏名 _____ (続柄 _____)			

《 ここから下は、横浜市_____地域ケアプラザが記入します 》

台帳記入	/	ひまわりホルダー 受け渡し	/	マグネット	/	登録番号	
------	---	------------------	---	-------	---	------	--

【備考】
受付者

--