

## ソロウエる 緊急連絡先登録申込書兼同意書

※本サービスは、「ソロウエる」のサービスをご利用中の方を対象としたオプションサービスです。単独でのお申し込みはできません。

<b>【ご利用者様情報】</b>	
氏名	
生年月日・ご年齢	
住所	
電話番号	
現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設
<b>【ご利用目的】</b>	
ご利用期間	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 期間限定
	年 月 日 ～ 年 月 日
ご利用の施設住所	
ご利用の施設名・電話番号	— —
<b>【ご利用理由】</b>	
	<input type="checkbox"/> 遠方のため <input type="checkbox"/> レスパイトケア <input type="checkbox"/>
<b>【医療・介護情報】</b>	
主な病気・既往歴	<input type="checkbox"/> サマリー参照 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> がん（ ） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
かかりつけ医・医療機関・電話番号	— —
ケアマネマネージャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり（施設ケアマネ）
事業所名・担当者名・電話番号	— —
<b>【身元保証人】</b>	
氏名・続柄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事業所
連絡先	

