ソロウェる あんしん登録申込書

※本サービスは、「ソロウェる」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。

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

【第一連絡先】		
氏名・続柄	□	□事業所
電話番号・LINE・SMS	ＬＩＮＥ・ＳＭＳ	
お住まい（市区町村）/ 訪問までの所要時間	県	分
【第二連絡先】		
氏名・続柄	□	□事業所
電話番号	ＬＩＮＥ・ＳＭＳ	
お住まい（市区町村）/ 訪問までの所要時間	県	分
【共有情報】		
お薬手帳の保管場所	□ 本人 □ 施設 □	
保険証（マイナ）の保管場所	□ 本人 □ 施設 □	
鍵の預かり	□ あり □ キーボックス（ ） □	
DNARの有無	□ なし □ あり（ ） □ 不明	
救急搬送先希望		
その他伝達事項		
【注意事項】		
1. 緊急連絡先は身元引受人・保証人にはなれません。		
2. 緊急時の医療同意は行えません。		
3. 必要時は救急要請等を行います。		
4. 緊急時は、ご家族、医療機関、福祉機関、協力事業者等と連携し、		
その時点で可能な最善の対応に努めます。		
5. 少人数体制のため直ちに対応できない場合があります。		
6. 必要な範囲で個人情報を共有する場合があります。		
7. この緊急連絡先は法的責任を負うものではありません。		
【同意欄】		
私は上記内容を確認し、理解した上で緊急連絡先サービスへ申し込みます。		
署名・日付		年 月 日

2026.6.27 改定