**登録データ明細書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | ※対象者のお名前をご記入下さい | 性　別 | 男女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 　年　　月　　日 |
| ふりがな住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 住　居　状　況 | 家屋の状況 |  |
| 所有関係 |  |
| 目標物 |  |
| 留意事項 |  |
| 身　体　の　状　況 | 身障手帳 | 有 ・ 無 | 障害名 |  |
| 種　級 |
| 既往症服薬状況等 |  |
| 起居状況等 |  | 血　液　型 |  型ＲＨ＋・－ |
| 医　療　機　関 | 健康保険 |  | 老人医療 |  | 重度医療 |  |
| 病院名 |  |  |
| 主治医 |  |  |
| 住所 | 　ＴＥＬ： | 　ＴＥＬ： |
| 参考事項 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同居の家族 | 氏 　名 | 続　柄 | 緊急時連絡先（勤務先等の名称及び電話番号） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 緊急時連絡を要する縁故者 | 氏　 名 | 関係等 | 住　　　　　所 | 電話番号 |
|  |  |  | 自宅携帯 |
|  |  |  | 自宅携帯 |
|  |  |  | 自宅携帯 |
|  |  |  | 自宅携帯 |
| 備考 |  |