**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 |  | | | |