

稲敷市高齢者見守りサポート事業利用者状況票

年 月 日

(ふりがな) 利用者氏名	いなしき たろう 稲敷 太郎	生年月日	昭和17年 1月 7日生
電話番号	固定電話：029 - 892 - 2000	携帯電話：090 - 0000 - 0000	

医療保険 の 名 称	☐ 国民健康保険 ☒ 後期高齢者医療保険 ☐ 社会保険 ☐ 共済保険 ☐ 船員保険	☒ その他(マル福) ☐ 生活保護 ※生活保護を受給している方は、生活保護受給証明書を併せて提出してください。		
障 害 等 の 状 況	☒ 有 (1 級) ➡ [No. 稲敷市000号] ☐ 無 ☐ 申請中	障 害 名	心機能障害 (弁置換) 1級	
介護保険 認定区分	☐ 認定なし ☐ 申請中 ☐ 要支援 () ☒ 要介護 (2)	介護(予防) 支援事業所	事業所名：いなすけ介護	
			ケアマネージャー：稲敷 市郎	
主な疾病	① 心臓人工弁移植		発症年月日	平成〇〇年〇月〇〇日
	② 脳梗塞後遺症		発症年月日	平成◇◇年◇月◇日
	③ 腰痛		発症年月日	令和△年△△月△△日
かかりつけ 医療機関	医療機関名称	電 話 番 号		備 考
	〇〇総合病院	029 - 892 - 0000		心臓・脳梗塞
	△△クリニック	029 - 893 - 0000		腰痛
服薬状況	(例) ワルファリン、カロナール ※ 飲んでいるお薬を書いてください。飲まれているお薬が多い方は、特に注意を要する病気のお薬を書いてください。			
血 液 型	☐ A 型 (Rh) ・ ☐ B 型 (Rh) ・ ☒ AB 型 (Rh +) ・ ☐ O 型 (Rh)			
フリーメモ	(例1) 血液をサラサラにする薬を飲んでいます。 (例2) ××側の雨戸は、万が一のためにいつも鍵を開けてあります。 ※ 救急時に注意してもらいたいこと、伝えたいことを書いてください。			

※該当する箇所には✓をつけて提出してください。

(裏面あり)

寝室の位置
寝室は、玄関から見える階段を上がって、すぐ左の部屋です。 お風呂場は、玄関からまっすぐ進んだ先にある脱衣所の所にあります。 ※ 寝室の位置は必ず記入してください。 ※ 寝室だけでなく、お風呂場やトイレ等の位置を追記しても構いません。
目 標（付近に目標となる建物等があれば記入）
道路を挟んだ向かい側に〇〇スーパーがある。 家の〇〇側の道路は、とても細くて普通車が通れないので注意してください。 ※ 付近の大きな建物など、お家に行く際の見印や注意点があれば、記入してください。
略 図（住宅の位置が分かる図面を記載）
☒別紙のとおり ※住宅地図等の写しの添付可 ※ご自身で地図を描くことが難しい場合は、住宅地図等の写しを添付していただいても構いません。 ※自分の家の場所に必ず『 ○（丸印）』を書いてください。 ※アパートや集合住宅のように、同じ形をした建物が並んでいるような場合は、位置を間違わないように注意してください。

※住宅地図等の写しの場合は、住宅に○印をつけてください。

※外観が酷似している棟が複数並ぶアパート等の場合は、印の間違いがないようご注意ください。