様式第１号(第６条関係)【 別　紙 】

記入例

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） ➡[№ 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：いなのすけ介護 ケアマネージャー：稲敷　市郎 電話番号：029 - 892 - 0000

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、お家に行く際の目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『〇（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、住宅に〇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。