

診 断 書

（要支援・要介護認定をお持ちの方は、裏面のみご記入ください。）

氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所		性 別	男 ・ 女
診 断 名		診 断 年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
既 往 歴			
経過・現症状・ 予想される急な 病状の変化 等			
医師意見	治療中の病気から判断される緊急通報システムの必要度 （ 必要である ・ 今のところ必要ない ）		
上記のとおり診断する。 年 月 日			
医療機関名 _____		医師名 _____ 印	
※自署の場合は、押印不要			

「緊急通報システム」とは、慢性的な疾患などにより日常生活で常時注意を要する(※)一人暮らしの高齢者又は高齢者のみの世帯に属する方が、急病や事故などの緊急事態が発生したときに通報できる緊急通報装置を貸与・設置する制度です。

- (※) 心疾患、脳血管障害その他意識障害を起こすおそれがある疾患の既往歴、現病若しくはそれを生じさせるおそれがある発作等の危険がある人又は視覚障害1級、肢体不自由1級、腎臓機能障害1級、呼吸器機能障害1級若しくは聴覚障害2級のいずれかに該当する人若しくは肢体不自由2級で車椅子を常用している人

同意書

(要支援・要介護認定をお持ちの方は、ご記入ください。)

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所		性別	男 ・ 女

緊急通報システム利用に係る審査を行うために、介護認定審査時の主治医の意見書を市長に閲覧されることについて同意します。

年 月 日

氏名 _____ 印 _____

※利用者の自署の場合は、押印不要