

# 弘前市緊急通報システム利用者登録明細

 ホームネット株式会社

 ALSOK株式会社

会員番号	NO.					
フリガナ	ヒロサキ ハナコ		性別	男・ <b>女</b>		
氏名	弘前 花子		生年月日	大 <b>昭</b> 平 13年 9月 11日	年齢	●●歳
フリガナ			性別	男・女		
同居人氏名			生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢
電話番号	0172 - 40 - 7114		FAX番号	- -		
携帯番号	070 - XXXX - XXXX					
フリガナ	アオモリケン ヒロサキシ		カミシロガネマチ			
住所	〒 036 - 8207		青森 都 道 弘前 郡 市 町 上白銀町1-1			
	アパート・マンション名	号棟	部屋番号			
自宅の目標物	鍵の保管場所		救助口			
緊急連絡先	フリガナ	カイゴ タロウ	性別	<b>男</b> ・女		
	氏名	介護 太郎	生年月日	大 <b>昭</b> 平 46年 5月 9日	年齢	●●歳
住所	〒030-XXXX	青森市〇〇〇1番地1				
電話番号	-	-	携帯番号	090 - XXXX - XXXX		
駆付時間	約 70 分	合 鍵	<b>有</b> ・無			

どちらかを選択

申込み・申込みないを選択

※ \_\_\_\_\_ 枠内については、必ずご記入ください。それ以外については緊急・ご相談の際に役立つ情報としてお伺いするものです。差し支えない範囲でご記入ください。なお、上記目的以外に使用することはありません。

ご利用者の日頃の様子が変わる方がありましたら、下記へご記入ください。

連絡先	フリガナ		性別	男・女		関係	
	氏名		生年月日	大・昭・平	年 月 日	年齢	
住所	〒	-					
電話番号	-	-	携帯電話	-			-
駆付時間	分	合 鍵	有・無				

【キーボックス(合鍵収納用)設置申込み】 ◎本体と同時に設置する場合は無料です。

申込み  申込みない

【オプションサービス申込み】 ◎全額、利用者負担となります。

申込みない ※オプションサービスを申し込む場合、各サービスの「申込み」に ✓ を付けてください。

## ALSOK

火災センサ	<input type="checkbox"/> 申込み	火災報知器(設置工事費含む)	台	9,500円(税別)	初回のみ
※固定回線が必要です		受信業務	台/月	100円(税別)	
安否確認センサ	<input type="checkbox"/> 申込み	安否センサー式	人/月	1,210円(税別)	

## ホームネット

訪問電話(月2回)	<input type="checkbox"/> 申込み	月1回の基本サービスの他に1回	人/月	500円(税別)	
訪問電話(月4回)	<input type="checkbox"/> 申込み	月1回の基本サービスの他に3回	人/月	1,500円(税別)	

※以下は市担当者使用欄のため、記入不要。

月額基本料金(税込)  0円  1,100円  1,650円

基本料金 + オプションサービス料金	個人負担月額合計	円
--------------------	----------	---

## 緊急通報システム利用者登録明細【2】

医療機関は、診察を受けたことがある中で極力夜間診察のサービスを受けることができる。

記入できる  
ところがあれば  
記入してください

現在かかっている病気				
今までかかった大きな病気				
医療機関				
住所				
主治医	診療科		夜間対応	有・無
医療機関	電話番号	-	-	
住所				
主治医	診療科		夜間対応	有・無

連絡先1	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
電話番号	-	-	電話番号2	-	-	
携帯電話	-	-	FAX番号	-	-	
住所	〒					
連絡先2	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
電話番号	-	-	電話番号2	-	-	
携帯電話	-	-	FAX番号	-	-	
住所	〒					
連絡先3	氏名カナ		性別	男・女	続柄・関係	
	氏名		同居別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
電話番号	-	-	電話番号2	-	-	
携帯電話	-	-	FAX番号	-	-	
住所	〒					

タクシー会社	名称		電話番号	-	-
--------	----	--	------	---	---

在宅介護支援センター	名称 氏名		電話番号	-	-
------------	----------	--	------	---	---

※その他連絡先で登録が必要なものがあればご記入下さい(ヘルパー、ケースワーカー等)

その他連絡先1	名称 氏名		電話番号	-	-
---------	----------	--	------	---	---

その他連絡先2	名称 氏名		電話番号	-	-
---------	----------	--	------	---	---