

同意書

大阪市長あて

令和 年 月 日

旭区内にお住まいの方

私は、(災害時の避難支援のためや)見守り活動のため、

- 区役所が認定した地域団体等(と自主防災組織)、民生委員・児童委員、区社会福祉協議会と、

- 大阪市・区役所が持つ、生年月日性別、
(高齢者の方は) 要介護認定の有無自立認定の有無
(障がい者の方は) 障がい手帳の有無障がいの種別
(難病患者の方は) 使用医療機器

に加えて、この同意書に掲げる項目の情報を相互に共有することに

1 同意します



※1、3、4(①②③④)も
ご記入ください

同意しません



※1、2のみご記入ください

※どちらかに してください。

ご本人	<input type="text"/> ふりがな (氏名)	<input 2"="" type="text/>(電話番号)</td></tr><tr><td colspan="/> <input 3"="" type="text/>(住所)</td></tr><tr><td colspan="/> ※ご本人が署名できない場合は、代筆をお願いします。その場合は代筆者欄もご記入ください。	
	代筆者	<input type="text"/> ふりがな (氏名)	<input text="" type="text/>(電話番号)</td></tr><tr><td><input type="/> (住所)

2 同意しませんに をされた方で、介護施設等や住民票の住所と別の場所にお住まいの方は詳細をご記入ください。(見守り事業の対象外となります。)

<input text"="" type="text/>(お住まいの住所)</td><td><input type="/>
<input text"="" type="text/>(お住まい先(施設名等))</td><td><input type="/>

※ 同意の方は、裏面3、4もご記入ください

3 緊急連絡先をご記入ください。(提供可能な範囲でご記入ください。)

緊急時の連絡先1 ※先方に同意を得て ご記入ください。	ふりがな (氏名)	(本人との関係)
	(住所)	(電話番号)
緊急時の連絡先2 ※先方に同意を得て ご記入ください。	ふりがな (氏名)	(本人との関係)
	(住所)	(電話番号)

4 【ご本人の状況について】(提供可能な範囲でご記入ください。)

あてはまる□に✓と必要事項をご記入ください。(□同意しますに☑を入れた方対象です。)

① 世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 ()	
② 福祉サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用している <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービスを利用している <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()
	ケアマネジャーの事業所	計画相談員の事業所
	サービスを受けている事業所	サービスを受けている事業所
③ 家族・友人等から の見守りについて ※定期的な訪問や交流 があるかどうか	<input type="checkbox"/> あり(下記にもご記入ください) <input type="checkbox"/> なし	
	誰から見守りを受けていますか <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 地域の人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	どのような支援を受けていますか <input type="checkbox"/> 一緒に住んでいる <input type="checkbox"/> 家に来てくれる <input type="checkbox"/> 電話してくれる <input type="checkbox"/> 外で会っている <input type="checkbox"/> その他 ()	
	どのくらいの頻度ですか <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回~数回 <input type="checkbox"/> 月に1回~数回 <input type="checkbox"/> 数か月に1回程度	
④ 支援の際に 配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 目が見えにくい <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用している <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要(車イスなど) <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用している <input type="checkbox"/> 在宅酸素を使用している <input type="checkbox"/> 透析をしている <input type="checkbox"/> その他 ()	