

【よりそいコール】 利用登録同意書

【よりそいコール】は、医療法人社団三育会が、ご高齢者がご自宅で安心して生活をしていただくために行っているサービスです。別紙ご利用の手引きをよくお読みいただき、ご了承された上で必要事項を記入し、郵送にてお申込みください。

医療法人社団 三育会 行

«ご利用上の手引き»を了承し、利用登録に同意いたします。

記入年月日： 年 月 日

フリガナ

お名前： 性別： 生年月日： 年 月 日

ご住所： 電話番号：

緊急時連絡先	名前：	ご関係：
	電話番号：	携帯電話番号：
	ご本人と同居されていますか。 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ ）	
家族構成	お一人暮らし・配偶者（夫、又は妻）と二人暮らし・家族等と同居	
かかりつけ医	医療機関名：	
	医師名：	電話番号：
現在かかっている病気の名前：		
介護保険認定	有（介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）、無	
ケアマネジャー /地域包括支援 センター	事業所名：	
	担当者名：	電話番号：

※ いつも飲んでいるお薬について教えてください。裏面に記載していただくか、お薬手帳やお薬説明書のコピーを同封してください。（裏面もご確認ください）

«本同意書の個人情報、本サービスに関する以外には、一切利用いたしません。»



医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック



■ ■ ■ ■ ■ 【よりそいコール】 利用登録同意書 ■ ■ ■ ■ ■

※いつも飲んでいるお薬について教えてください。こちらに記載していただくか、お薬手帳やお薬説明書のコピーを同封してください。



【よりそいコール】 利用登録同意書

記入例

【よりそいコール】
ために行って
項を記入し、郵送

をしていただく
した上で必要事

医療法人社団 三育会 御中

«ご利用上の手引き»を了承し、利用登録に同意いたします。

記入年月日：2020年 〇月 〇日

フリガナ

お名前： 新宿 太郎 性別： 男 生年月日： 1970年 11月 1日

ご住所： 東京都新宿区大久保

電話番号： 03-0000-0000

緊急時連絡先	名前：新宿 花子	ご関係：長女
	電話番号：03-0000-0000	携帯電話番号：090-0000-0000
家族構成	ご本人と同居されていますか。 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (新宿区西新宿に在住)	
かかりつけ医	医療機関名：〇〇診療所	
	医師名：新宿次郎先生	電話番号：03-0000-0000
現在かかっている病気の名前： (例) 高血圧症・高脂血症		
介護保険認定	有 (介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)、無	
ケアマネジャー /地域包括支援 センター	事業所名：〇〇サポートセンター	
	担当者名： 新宿三郎ケアマネジャー	電話番号：03-0000-0000

※ いつも飲んでおられるお薬について教えてください。裏面に記載していただくか、お薬手帳やお薬説明書のコピーを同封してください。(裏面もご確認ください)

«本同意書の個人情報は、本サービスに関する以外には、一切利用いたしません。»

