

兵庫県透析患者災害時支援名簿 申込書

平成 年 月 日

兵庫県腎友会 御中

私は、災害発生時などに支援を受けたいので、「兵庫県透析患者災害時支援名簿」への登録を申し込みます。

また、同名簿の登録制度の取組趣旨、名簿の使用目的等に同意し、登録した個人情報については、同制度運用のため必要な範囲で県、市町行政区、自治会(自主防災組織)、消防及び民生委員へ提供することに同意します。

本人氏名 _____ ①

代理人 住所 _____ 氏名 _____ ①(続柄 _____)

ふりがな 氏名					
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所	〒 _____ 兵庫県 (市・町)				
名札掲載番号	_____				
第2電話番号	_____				
本人生活環境等について (*何れかに○を付けてください。)					
住居状況	独居 同居〔夫・妻・親・子・兄弟・姉妹・その他()〕				
生活状況	自力歩行	可 ・ 不可	車椅子使用	有 ・ 無	
	聴力障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	
	認知症	有 ・ 無	インスリン使用	有 ・ 無	
治療方法	血液透析 ・ 腹膜透析(CAPD)				
緊急連絡先					
ふりがな 氏名			続柄	親・子・兄弟・姉妹 配偶者・他()	
住所	〒 _____				
名札掲載番号	_____				
第2電話番号	_____				
通院(入院)透析医療機関					
病院名					
特記事項					
※腎友会記入欄	登録年月日	年 月 日	登録番号	会員	
	廃止年月日	年 月 日	地域コード	非会員	