

兵庫県透析患者災害時支援名簿 申込書 (記入例)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 **腎友 太郎** ㊞

本人様が記入できない場合

代理人 住所 **神戸市中央区北長狭通〇〇-〇〇** 氏名 **腎友 花子** ㊞(続柄 **妻**)

ふりがな 氏名	じんゆう たろう 腎友 太郎 (患者様のお名前及びふりがなをお書きください)			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県 神戸 (市・町) 中央区北長狭通〇〇-〇 (郵便番号及びご住所をお書きください)			
名札掲載 電話番号	078 - 123 - 4567 ←	この電話番号が名札に記載されます		
その他の電話番号	090 - 1234 - 5678			
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	じんゆう はなこ (お名前及びふりがなを 腎友 花子 お書きください)	続柄	親・子・兄弟・姉妹 配偶者・他()	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神戸市中央区北長狭通〇〇-〇 (郵便番号及びご住所を記入ください)			
名札掲載 電話番号	080 - 8765 - 4321 ←	この電話番号が名札に記載されます		
その他の電話番号	078 - 123 - 4567			
通院(入院)透析医療機関				
施設名	〇〇〇〇〇病院(クリニック・医院) (通院施設名を記入してください)			
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