

## 個人カード

記入日	(西暦) 年 月 日	登録番号(事務局記入)	-	-
ふりがな			性別	写真 (上半身、最近3ヶ月以内に撮影したもの)  横4cm×縦5cm
氏名			男・女	
住所	〒  (アパート、マンション、公団、施設等の名称)			
本籍地			筆頭者	
生年月日	大・昭・平・西暦	年 月 日	職業	
本人の 連絡先	電 話		FAX	
	携帯電話		携帯 メール	
	PC メール			
住宅の 種別	<input type="checkbox"/> 一戸建て( <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸) / <input type="checkbox"/> 集合住宅( <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 公団・公社 <input type="checkbox"/> ホーム)			
配偶者	<input type="checkbox"/> 有(生年月日:大・昭・平・西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別)			
親族関係	親( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 子( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 兄弟姉妹( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 甥姪( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
管理人・ 管理会 社・大家 さん等の 連絡先	氏 名		管理会社等	
	所 在 地	〒		
	電 話		F A X	
	安否確認※システムの有無 ※室内で倒れていることなどを外部者が感知できる			有・無

個人カード

登録番号(事務局記入)

-

-

要介護認定	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている→ <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)				
介護保険	担当ヘルパー	氏名		電話	
	ケアマネジャー	氏名		電話	
	事業所等	名称		電話	
遺体安置場所 (死後24時間)	<input type="checkbox"/> リすシステム一任 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 献体				
	献体される方はご記入ください	大学名等 登録番号等		連絡先	
お骨の処遇	<input type="checkbox"/> 納骨場所あり	名称		連絡先	
		所在地			
	<input type="checkbox"/> 納骨場所なし	<input type="checkbox"/> これから探す <input type="checkbox"/> リすシステムに一任 <input type="checkbox"/> 収骨しない(別途契約要)			
	<input type="checkbox"/> 撒 骨	<input type="checkbox"/> リすシステムに依頼(別途契約要)			
		<input type="checkbox"/> 他に依頼	名称		電話
		所在地			
お骨の処遇時期	<input type="checkbox"/> 火葬後なるべく早く <input type="checkbox"/> 四十九日頃 <input type="checkbox"/> その他( )				
※お骨の処遇に関しては希望通りとならない場合、リすシステムに一任となります。					

## 緊急連絡先

氏 名	関係	住 所	電話・携帯等
		〒	

氏 名	関係	住 所	電話・携帯等
		〒	