

# おひとり暮らし台帳

町では、一人暮らし高齢者の見守り施策のひとつとして、おひとり暮らし台帳を作成しています。

## 内容

- ①地区の民生委員を通じて、本人及び緊急時の連絡先を記入した台帳を地域包括支援センターに提出します。
  - ②地区の民生委員、消防署と、台帳の情報を共有します。
  - ③急病や災害等の緊急時には、警察、医療機関等に情報を提供します。
  - ④年に1度、提出内容の確認および様子伺いのため、地域包括支援センターの職員が訪問、または電話をします。
- ※新しく台帳を提出された方へは・・・
- ・訪問による状況確認を行います。
  - ・緊急連絡先へ連絡し、台帳が提出されたことを伝えます。

## 対象者

- 65歳以上で、
- ①昼夜を通して一人で生活している方。
  - ②週の半分（週4日程度）以上、仕事をしていない方。
  - ③同敷地内、もしくは隣接地に二親等以内の親族（子・孫・兄弟など）が住んでいない方。
- ※集合住宅の場合は、同一敷地とみなします。
- ①～③のすべてに当てはまる方が対象となります。

希望される方は、お住まいの地区の民生委員、または地域包括支援センターまでお問い合わせください。

問い合わせ先

御代田町保健福祉課 地域包括支援係 ☎31-2510

（御代田町地域包括支援センター）

台帳見本

おひとり暮らし台帳（独居高齢者）

提出年月日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日		
			T・S	年	月
住所	御代田町大字		区名		
				(班)	
携帯電話		電話番号			

緊急時連絡先

※親族を含め、緊急時に連絡を取ってほしい順に記入してください。

①	氏名	ふりがな	続柄	電話①	
	住所				電話②
②	氏名	ふりがな	続柄	電話①	
	住所				電話②
③	氏名	ふりがな	続柄	電話①	
	住所				電話②

かかりつけ医	医療機関	主治医	診療科目
備考	障害の有無・在宅酸素療法や透析等		

同意書

- この台帳を、御代田町地域包括支援センターで保管することに同意します。
- 消防、地区の民生児童委員等へこの台帳の情報を提供することに同意します。
- 急病や災害等の緊急時には、警察、医療機関へこの台帳の情報を提供することに同意します。
- 緊急連絡先へ、御代田町地域包括支援センターが連絡を取ることに同意します。

年 月 日

同意者氏名

(代筆者氏名)

)