

6ヶ月以内に撮影されたもの

記入例

写真
(6ヶ月以内に撮影されたもの)
※裏面に名前を記入して貼り付けて下さい

※太線の内側のみ、ボールペンで記入して下さい

※裏面にも記入して下さい

※必ず緊急連絡先をご記入ください

下の分類からそれぞれ一つを選んでください

※緊急連絡先(携帯番号必ず)を記入して下さい

申込者と同じ

会員からの紹介の場合は
会員名を記入して下さい。

氏名		長野 花子 (続柄) 妻		電話	026-237-8315	
緊急連絡先		氏名		携帯	080-8888-8888	
家族状況	配偶者	紹介者氏名(会員が紹介の場合は、会員氏名をご記入ください)		会員No.		
同居の家族(本人を除く)	3人	氏名:				
健康保険の種類	1. 国保 2. 社保・本人 3. 社保・家族 4. その他					
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 企業年金 5. その他					
金融機関名	八十二	銀行・信用組合	金融機関コード	0143		
「八十二銀行」「長野銀行」「長野信金」「長野県信」「長野労働金庫」に限ります。						
配分金振込先(本人名義)		支店番号				
支店名	鶴賀	支店	999			
口座番号(右詰で記入)	0123456	預金種目	普通・当座・貯蓄			
口座名義人(記入例)	ヤブタ、タロウ	預金種目は「普通」のみです。				
口座名義人	ナカノ、タロウ	苗字と名前の間は1字開けてください。				
電話番号		026-237-8315		携帯	090-9999-9999	
Fax		026-237-8317		E-mail	silver-nagano@silvngn.jp	
住所		長野市 大字鶴賀西鶴賀町1481番地1				
氏名		長野 太郎 (印)				
生年月日		昭和 22年 2月 2日 (69歳)		性別	男・女	
入会経路		1. 公共機関 1000: 生きたい・社会参加 2. 会員知人 1100: 仲間作り 3. ワスコミ 1200: 時間的余裕 4. センターの広報資料 2000: 健康維持・増進 5. その他 3000: 経済的理由 6. 長野シニアおしごとサポーターセンター 4000: その他				
入会動機		通帳に記載のとおり記入して下さい。				

健康状況調査票

※本枠の内側にのみご記入下さい

個人情報保護法第17条に基づき
本人同意済み 令和 年 月 日
担当者の確認印

記入

① 該当の番号に○を付け、問いにお答えください

目	A. 良い	B. 普通	C. 弱い	1. その他(具体的に)お書きください
	7. ものが見えにくい			
	◆眼鏡等の使用 1. あり 2. なし			
耳	A. 良い	B. 普通	C. 弱い	1. その他(具体的に)お書きください
	7. 聞こえにくい			
	◆補聴器の使用 1. あり 2. なし			
手	A. 良い	B. 普通	C. 弱い	1. その他(具体的に)お書きください
	7. 手が震える			
	A. 丈夫 B. 普通 C. 弱 D. 難			
足	A. 良い	B. 普通	C. 弱い	1. その他(具体的に)お書きください
	7. 歩行に支障がある			
	A. 良好 B. 普通 C. 弱い D. 難			
腰	A. 良い	B. 普通	C. 弱い	1. その他(具体的に)お書きください
	(具体的に)お書きください			
	A. 良好 B. 普通 C. 弱い D. 難			

② 該当の番号に○を付け、問いにお答えください

血圧	A. 低い	B. やや低い	C. 普通	D. やや高い	E. 高い
	7. 薬を服用している				
	1. 薬は服用していない				
既往歴	A. 脳梗塞(3 年前)	B. 心筋梗塞(年前)	D. なし		
	C. その他(具体的に)お書きください				
	A. 糖尿病 B. 心臓病 C. 高血圧 D. 高脂血症 E. 肝臓病				
持病	F. その他(具体的に)お書きください G. なし				
	A. 定期的に健康診断をしている				
	B. 主治医と随時健康相談をしている				
その他	C. 2年以上、健康診断をしていない				
	A. 定期的に健康診断をしている				
	B. 主治医と随時健康相談をしている				
所見	C. 2年以上、健康診断をしていない				
	A. 定期的に健康診断をしている				
	B. 主治医と随時健康相談をしている				

希望職種	順位	仕事分類番号			具体的な仕事の内容						
		大分類	中分類	小分類							
※別紙の「仕事分類表」を参照し、分類番号と具体的な仕事の内容を記入して下さい	1	1	D	0	自動車の運転						
	2	4	K	0	建物管理						
	3	7	R	0	高齢者福祉サービス						
就業できる曜日に○を入れて下さい	6	P	1	1	包装：梱包作業						
	6	0	1	1	除草作業						
	就業希望する時間										
就業希望する時間	1週間当り	3	日	月	水	木	金	土	日	祝	夜の可否
	1日当り	5	時間	午前	9時	00分	午後	5時	00分	可・否	
	交通手段										
交通手段	所有	1. 有	0. 無	1. 有	0. 無	1. 有	0. 無	1. 有	0. 無	1. 有	0. 無
	運転	1. 可	0. 否	1. 可	0. 否	1. 可	0. 否	1. 可	0. 否	1. 可	0. 否
	以下は、別紙の「仕事分類表」を参照し、記入して下さい										
主な職歴	大分類	中分類	小分類	勤続年数	仕事内容	勤務先名等	職歴コード				
	5	N	1	10 年	営業	シルバー商事					
	5	M	0	5 年	販売	シルバー商事					
資格 特等	2	G	2	20 年	製本	シルバー商事					
	普通自動車							危険物乙類 4 種			
	簿記 2 級							ヘルパー 2 級			