(様式第１号別紙１)

三春町認知症高齢者等見守りＱＲコード®活用事業登録者台帳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登　録　者 | ふりがな　 | 男・女 | 生 年 月 日 | 昭和　年　月　　日　(　　歳) |
| 住　　　所 | 〒 | 電 話 番 号 |  |
| 介護保険 | 事業対象者　要支援(１・２)　要介護(１・２・３・４・５)　申請中　未申請 |
| ケアマネジャー(氏名)　　(事業所名)　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：(　　　　　) |
| 緊急連絡先(親族等) | 連絡順位 | 氏　名 | 住　所 | 続　柄 | 電話番号 | 世帯　 |
|  |  |  |  |  | 同・別 |
|  |  |  |  |  | 同・別 |
|  |  |  |  |  | 同・別 |
|  |  |  |  |  | 同・別 |
|  |  |  |  |  | 同・別 |
| 身体状況(特　徴) | 身長：　　　㎝,　体重：　　㎏,　姿勢：体格：肥満・中肉・痩身,　　眼鏡：有・無,　頭髪の特徴：普段持ち歩くもの：特記事項(　　　　　　) |
| 健康状態 | 病名 | 医療機関 | 主治医氏名 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 徘徊状況 | □無断で外出することがある。□外出時、道に迷う等して自宅に帰ることができないことがある。 |
| 徘徊頻度 | □ほとんど毎日　　□週に1～2回　　□月に1～2回□今のところないが、可能性がある　 |
| 備考 |  |