(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 |  | | | | | | | | | |