様式第１号別紙１

三春町認知症高齢者等見守りネットワーク事業登録者台帳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 受付No. | |  |
| 登録者の状況 | ふりがな |  | | 性　　別 | | 男・女 |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　月　　日　（　　　歳） | | | | |
| 住　　所 | 三春町  電話番号（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 要介護認定 | 要支援1・2　要介護1・2・3・4・5　申請中　未申請 | | | | |
| 身体的特徴 | ①身長：　　　　cm  ②体重：　　　　kg  ③体格：　太め　・　小太り　・　普通　・　やせ  ④髪型：  ⑤めがね：　あり　・　なし  ⑥住所・氏名：　言える ・ 言えない ・ その他（　　　　　）  ⑦目立つ特徴： | | | | |
| 医療  ・介護 | かかりつけ医 | 医療機関名：  氏　名：　　　　　　　 　電話番号（　　　　　　　　　　） | | | | |
| ケアマネジャー | 事業所名：  氏　名：　　　　　　　　 電話番号（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 過去の徘徊歴等 | | 徘徊歴 | 有（　）回・無 | 内容 | | |
| 発見場所 |  |
| 緊急連絡先①  （申請者） | | 氏名 |  | 続柄 |  | |
| 住所 |  | | | |
| 自宅TEL |  | 携帯TEL |  | |
| 緊急連絡先② | | 氏名 |  | 続柄 |  | |
| 住所 |  | | | |
| 自宅TEL |  | 携帯TEL |  | |

※情報の発信は行いませんが、可能な方は登録者の写真の添付をお願いします。