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：　　　　cm②体重：　　　　kg③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。