

年 月 日

宇城市長 様

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話番号

宇城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業第6条第1項の規定により、登録を申請します。

〔対象者の情報〕

ふりがな: 生年月日: 明・大・昭 年 月 日
氏名:

ふりがな: 名前以外の呼び名:
旧姓:

住所:
実際の居住地: (住所地と違う場合記載)

電話: 年齢: 歳

世帯構成: 1. ひとり暮らし 2. 高齢者世帯 3. 子との同居 4. その他()

| | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| 身体的特徴 | 身長 | <input type="text"/> | cm | 体重 | <input type="text"/> | kg | | | |
| | 体格 | 肥: | <input type="text"/> | 小肥: | <input type="text"/> | 中肉: | <input type="text"/> | 痩せ: | <input type="text"/> |
| | | その他: | <input type="text"/> | | | | | | |
| | 髪型 | 短: | <input type="text"/> | 長: | <input type="text"/> | 普通: | <input type="text"/> | 白髪: | <input type="text"/> |
| | | 染髪・パーマ: | <input type="text"/> | | | | | | |
| | めがね | 有・無 | ひげ | 有・無 | 杖の使用 | 有・無 | | | |
| | 歩行能力 | <input type="text"/> | | | | | | | |
| | 話し方 | <input type="text"/> | | | | | | | |
| その他 | <input type="text"/> | | | | | | | | |

認知症の有無: 診断の有無:
 介護保険: 未申請・申請中・要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5
 徘徊歴の有無: 持病名:
 障害(精神・身体)の有無: 生活保護の有無:
 聴こえの程度:
 本人自身で言える項目: 氏名⇒ 可 不可 住所⇒ 可 不可

本人の普段の様子(性格、癖、繰り返し話す内容等)

| |
|--|
| |
|--|

その他(本人がよく通っていた場所や実家・過去発見された場所等)

| |
|--|
| |
|--|

緊急連絡先 氏名

| |
|--|
| |
|--|

(続柄

| |
|--|
| |
|--|

)

氏名

| |
|--|
| |
|--|

(続柄

| |
|--|
| |
|--|

)

住所
電話

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

住所
電話

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

担当居宅介護
支援事業所

| |
|-----|
| 電話: |
|-----|

担当
ケアマネジャー

| |
|--|
| |
|--|

主治医

| |
|-----|
| 電話: |
|-----|

担当民生委員

| |
|-----|
| 電話: |
|-----|