

西原町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業登録票

		申請日		年 月 日		
申請者	ふりがな			登録者との続柄		
	氏名					
	住所			電話番号		
登録者	ふりがな			旧姓		
	氏名			名前以外の呼び名		
	住所	※過去の居住先()				
	生年月日	年 月 日(歳)	性別	男・女	血液型	型 Rh
	電話番号	自宅： 携帯： (GPS機能：有・無) ※有の場合は必ず位置情報設定を行ってください。				
連絡先	第1 連絡先	氏名		続柄		
		住所		電話番号	(自宅) (携帯)	
	第2 連絡先	氏名		続柄		
		住所		電話番号	(自宅) (携帯)	

※行方不明となった場合に使用しますので、下記まで詳細に記入をお願いします。

身体的特徴	○体格：(小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満)		主な疾病・障がい	
	○身長： cm、体重： kg			
	○髪型・髪色：()			
	○顔の形：(○・▽・□・卵型・その他)			
認知症状	○ホクロ・傷跡など：無・有()		かかりつけ医	
	○メガネ：無・有			
	○その他の外見的特徴 (円背・すり足歩行など)			
	名前	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 旧姓()で答える	<input type="checkbox"/> 答えられない
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 一部(市町村・番地など)で答える	<input type="checkbox"/> 答えられない	
電話番号	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 時々違う答え	<input type="checkbox"/> 答えられない	
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を)	<input type="checkbox"/> 時々違う答え	<input type="checkbox"/> 答えられない	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能	<input type="checkbox"/> 一方的に話す	<input type="checkbox"/> 会話不成立	
記憶力	<input type="checkbox"/> 直前のことも忘れる	<input type="checkbox"/> 前日のことは忘れる	<input type="checkbox"/> 内容による	
繰り返し話す内容 反応する言葉 など				

道迷いに関わる状況	外出目的	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 通院() <input type="checkbox"/> その他()		
	外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他()		
	外出頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に何度か <input type="checkbox"/> 月に何度か		
	外出時間帯			
	外出範囲・ルート	<input type="checkbox"/> 隣近所 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 具体的な場所：		
	捜索歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃： 時間帯：	発見場所： 発見者：
	警察保護歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃： 時間帯：	発見場所： 発見者：
	いつも持ち歩くもの	種類	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> かばん <input type="checkbox"/> その他()	
	特徴			
【家族構成】		◎よく歩いている範囲(コースなど)、行きそうな場所など		
【担当民生委員】 電話番号：				
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> サービス事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護()		
	認知症高齢者日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ		
	利用サービス			
	居宅介護支援事業所名	担当ケアマネージャー()		
	電話番号			
その他利用サービス	・どこシル伝言板登録(<input type="checkbox"/> あり→ID： <input type="checkbox"/> なし) ・災害時要援護者登録(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・救急キット申請 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
情報提供範囲	<input type="checkbox"/> 関係機関(町役場、町地域包括支援センター、浦添警察署、町社会福祉協議会) <input type="checkbox"/> 協力者 (<input type="checkbox"/> 自治会 <input type="checkbox"/> 民生委員児童委員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業者 <input type="checkbox"/> 医療機関等) <input type="checkbox"/> 協力機関 <input type="checkbox"/> 不特定多数の団体・個人 <input type="checkbox"/> 県内 (<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> その他の団体) <input type="checkbox"/> 県外 (<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> その他の団体)			
同意書				
<p>私は、西原町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業への登録にあたり、西原町役場、西原町地域包括支援センター、浦添警察署及び西原町社会福祉協議会が、登録票の記載した個人情報を共有し、行方不明発生時には、発見に必要な範囲の個人情報を協力者及び協力機関に提供し、必要に応じて連絡調整することに同意します。</p>				
氏名：		(後見人：)		
代筆(家族等)：				

※本登録票は、西原町認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業以外の目的で使用することはありません。
 ※申請事項に変更が生じた場合(寝たきり・転居・特徴など)は必ずご連絡をお願いします。

登録者名：

登録番号：にしはら・

—

【写真1】
上半身

ここに胸から上の写真を貼ってください。

※**最近撮影**したものを貼ってください。

撮影日： 年 月頃

【写真2】
全身

ここに全身写真を貼ってください。

※**最近撮影**したものを貼ってください。

撮影日： 年 月頃