

(表)  
徘徊高齢者等事前登録情報個人票

届出日 年 月 日

【登録者の基本情報】

ふりがな		性別(記入は任意です)	生年月日	登録番号※市記入欄
氏名		男・女・回答しない	年 月 日	
住所	安中市			
出身地				
電話番号		身長及び 体 格	身長 cm 太り気味・普通・痩せ気味	
身体的特徴 (頭髪、姿勢等)	眼鏡 有り・無し			

【登録者の関連情報】

自分の名前	<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 <input type="checkbox"/> その他( )			
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を ) <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他時々で違う答えをする			
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 出身地(実家)を答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他( )			
難聴	<input type="checkbox"/> 有り( <input type="checkbox"/> 耳元でなら聞こえる <input type="checkbox"/> 大声でなら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない) <input type="checkbox"/> 無し			
徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ( )回目 <input type="checkbox"/> 月( )回程度 <input type="checkbox"/> 週( )回程度 <input type="checkbox"/> 頻回 <input type="checkbox"/> 季節ごと <input type="checkbox"/> 徘徊無し			
対応時の注意点				
かかりつけの医療機関	医療機関名		主治医氏名	
	医療機関住所			
現病歴・既往歴				
介護保険欄	居宅介護支援事業所名		担当ケアマネージャー氏名	電話番号

【緊急連絡先】

第1順位者 (届出者)	ふりがな		登録者との続柄		住所	
	氏名					
	メール					
	電話番号	自宅		携帯		職場
第2順位者	ふりがな		登録者との続柄		住所	
	氏名					
	メール					
	電話番号	自宅		携帯		職場
第3順位者	ふりがな		登録者との続柄		住所	
	氏名					
	メール					
	電話番号	自宅		携帯		職場

(裏)

同意書

私は、事前登録制度の趣旨を理解し、徘徊高齢者等の徘徊の予防並びに行方不明時の早期の発見及び保護を目的として登録者情報を関係機関等に必要な範囲内で提供することに同意します。  
また、登録情報に変更が生じた場合は、安中市地域包括支援センターに届け出ます。

年 月 日

届出者 住所

氏名 (自署)

(登録者との続柄)

この欄に登録者の上半身を写した写真を貼付すること。  
撮影年月日 年 月 日

※地域包括支援センター処理欄 (以下の欄は、記入しないでください)

受付担当者押印欄	受付日時	台帳登録担当者押印欄	台帳登録日	登録者情報の取消処理日	取消しの理由
					<input type="checkbox"/> 身体機能低下 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )