

益城町見守り高齢者等情報登録票

益城町長 様

年 月 日

《登録者 基本情報》 ※ 認知症により行方不明となるおそれがある人

氏名	(ふりがな)		年 月 日 (歳)
旧姓	(ふりがな)	名前以外の 呼び名	
住所	携帯()() () 嘱託区()	世帯構成	一人暮らし・高齢世帯 子と同居・その他 ()

身体的 特徴	身長	cm	髪型	短い・長い ()
	体格	痩せ・ふつう・肥え	メガネ	有・無
	移動	独歩・杖・歩行器・車いす・その他()		
	特徴			

認知症診断の有無	有・無 (程度)	GPS活用の有無	有・無
----------	-----------	----------	-----

徘徊歴の有無	有・無	移動能力の手段	自転車・バス・タクシー
障害(精神・身体)の有無	有・無		その他()

本人自身で言える項目	氏名 ⇒ 可・不可	住所 ⇒ 可・不可
------------	-----------	-----------

(これまでの行方不明の状況)

頻度 : 頻繁・週1回程度・月1回程度・季節ごと・なし
範囲 : 行政区内・町内・町外 ()
現住所以外の住み慣れた場所やなじみの場所等

(かかりつけ医) 有・無	(介護認定) 有・無 (要)
病院名:	居宅介護支援事業所:
病名:	電話:

(緊急連絡先) ※緊急連絡先が申請者の場合は、氏名欄に申請者と記載してください。

連絡先1	氏名	対象者 との続柄	自宅
	住所		携帯
連絡先2	氏名	対象者 との続柄	自宅
	住所		携帯