

認知症高齢者等登録申込書

年 月 日

加須市長 様

申込者 住 所

続 柄 ()

氏 名

電話番号

次のとおり登録を申し込みます。

登録番号（市記入欄）

登 録 対 象 者	ふりがな		性 別
	氏 名	(旧姓：)	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	加須市 (電話番号：)	
状 況	要介護認定等	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5	
	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M ※この欄は記載の必要はありません	
	介護支援専門員	事業所名：	担 当 者：
	治療中の主な病気	病 名：	注 意 事 項：
	認知症の症状	自分の名前を言えますか (言える ・ 言えない) 自分の住所を言えますか (言える ・ 言えない)	
	行方不明歴	なし・あり (回) 時期： 年 月頃 発見場所：	
特 徴	体 格	身長： cm 体重： kg (太め ・ 普通 ・ やせ気味)	
	そ の 他	頭髪： 髪色： めがね： 有 ・ 無 補聴器： 有 ・ 無	
	外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> シニアカー <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車	
	特記事項	(出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くもの・歩く姿勢など)	
第1緊急連絡先		氏名： 続柄 () 電話：	
		住所： 携帯：	
第2緊急連絡先		氏名： 続柄 () 電話：	
		住所： 携帯：	
備 考			
介護認定調査の情報を市に提供することに同意します。また、この申込書に記載した内容を使用することが必要になった場合（行方不明時）、関係機関等に情報提供することに同意します。			
申込者氏名		(後見人等氏名)	

※上記届出事項は、行方不明時の早期発見以外の目的に使用することはありません。

※対象者の顔写真及び全身写真の2枚を裏面に添付してください。

※届出事項に変更・変化が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

要介護認定を受けていない場合のみ記入

登録者 (本人) の 状 況	外出して家に戻れないことがある それは、いつ頃からか	ひんばんにある 年	時々ある 月 頃	ない
	外に出たがり、目が離せないことがある	ひんばんにある	時々ある	ない
	「家に帰る」、「仕事に行く」などと言い、 落ち着かないことがある	ひんばんにある	時々ある	ない
	昼と夜の区別がつかないことがある	ひんばんにある	時々ある	ない

写真添付欄(胸から上の写真) 撮影時期(年 月頃)

写真添付欄(全身写真) 撮影時期(年 月頃)