

# 渋川市認知症高齢者等搜索支援登録情報個人票

届出日 年 月 日

撮影日 年 月 日

--

【基本情報(登録者)】

登録番号

—

ふりがな			
氏名			
旧姓		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所	渋川市		
出身地			
電話番号			
身長 体格	cm	太りぎみ・ふつう・やせぎみ	
身体的特徴 (頭髪・ 姿勢等)	メガネ 有・無		

【関連情報(登録者)】

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"/> その時々で違う答え <input type="checkbox"/> 答えられない	
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"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない )	
家に帰れなくなった状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 月    回程度 <input type="checkbox"/> 週    回程度 )	
よく行く場所や行動範囲		
対応時の注意		
医療欄	かかりつけ医療機関	主治医名                      持病
介護保険欄	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ                      電話番号

【緊急連絡先】

第1	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第2	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)
第3	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	自宅)	携帯)	職場)

# 同意書

「渋川市認知症高齢者等捜索支援登録事業」の趣旨を理解し、捜索等に必要な場合に備え、この登録情報個人票に係る情報及び登録者の顔写真を事前に渋川警察署、渋川市役所関係各課、その他関係者に必要な範囲内で提供することに同意します。

また、登録者に変更があったときは、渋川市地域包括支援センターへ連絡します。

年 月 日

届出者

(自署)

(続柄 )

写真貼付欄

## \* 地域包括支援センター処理欄

受付日・受付時刻	台帳登録	GPS利用	台帳削除	
			受付日	削除理由
	済・未	有・無		身体機能低下・転出・死亡 その他( )
受付者 : 時 分	登録者 : 様へ	午前・午後	受付者 : 時 分	渋川警察署へ報告 : 月 日 様へ報告しました。 が手渡しました。
渋川警察署			時に包括	年 月 日