

(主包括:)

登録番号	受付日	年	月	日
------	-----	---	---	---

様式第1号(第5条関係)

佐世保市認知症高齢者見守り支援登録申請書

佐世保市長 様

↓ 申請書記入日を記入。

【申請日】 年 月 日

【申請者】 氏名: 佐世保 太郎 (登録者との関係: 長男)

住所: 佐世保市△△町□□番地

連絡先: 1 2 3 4 - 5 6 - 7 8 9 1

●対象者情報開示にあたり、責任を持つことができ、かつ、自筆可能な対象者家族が記入。

下記のとおり、佐世保市認知症高齢者の登録を申請します。

併せて、市内の地域包括支援センター、警察署、居住地区の民生委員及び担当ケアマネジャーへ情報を提供することを同意します。

【登録者情報】

ふりがな 氏名	させほ はなこ 佐世保 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和○年○月○日(○○歳)
住所	佐世保市 ○○町○○-○○	電話番号	9876-54-3219		

【緊急連絡先】

連絡先1	氏名	佐世保 太郎	登録者との関係	長男	生年月日	○年○月○日
	住所	佐世保市△△町 □□番地	年齢	○歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
連絡先2	氏名	長寿 文子	登録者との関係	次女	生年月日	○年○月○日
	住所	長崎市▼▼町 ◇◇番地◇	年齢	○歳	性別	<input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
		電話番号	(自宅) 1234-56-7891 (携帯) 090-432○-876◆			
		電話番号	(自宅) 1472-58-3691 (携帯) 080-3◇92-581○			

※配布用のチラシ「見守りのお願い」に緊急連絡先の掲載を希望される方は連絡先1又は2を選び、○をつけてください。

緊急連絡先の掲載 可 (連絡先1 又は 連絡先2) ・ 否

見守りのお願いチラシに緊急連絡先を掲載をしていいかどうか。

【提出者】 ※申請 下さい。

← 長寿窓口へ提出する方が署名。

(氏名・名称) 居宅介護支援事業所☆☆☆ ○○○○ (登録者との関係) 担当ケアマネージャ

※長寿社会課処理欄

ヘルプマーク 説明のみ・申請・申請済

*「見守りのお願い」配布先と日付をチェック

警察署

ご家族:()

民生委員児童委員:(氏名)

様(住所)

(連絡先)

担当ケアマネジャー:(居宅支援事業所名)

(担当者)

(連絡先)

地域包括支援センター

【登録者の情報】

登録申請の経緯	警察に保護されたことが <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある⇒(1)回※「あり」の方は下記へいつ、どこで、どのような状況が詳細を記載		
	<p>登録をしようと思った「きっかけ」「理由」を記入。</p> <p>令和2年10月上旬、18時頃、自宅付近で迷子になり警察に保護。</p> <p>最近は通所サービス利用日以外の日も京町付近の通所事業所へ一人で歩いて行くことがある。</p>		
身体的特徴	身長	155 cm	【家族構成】 ※下記いずれかに○をお願いします <input checked="" type="checkbox"/> 独居・高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 (日中独居・日中高齢者世帯)
	体重	50 kg	
	体型	やせ気味・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・太め	
	髪型	白髪・パーマ・後ろでひとつ結び	
	その他 (視力や聴力、障害等、特記事項を記載)	特に難聴の有無など声掛けする時に配慮が必要になりそうなことを記入。	
		<p>同居であっても日中独居・日中高齢者世帯ではないか要確認。</p>	
医療・介護サービスについて	かかりつけ医	医療機関名: <input checked="" type="checkbox"/> 内科 主治医: <input type="checkbox"/> 医師	
	疾患名 内服薬	認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> ありアルツハイマー型認知症 (リバスタッチ) 高血圧、腰椎圧迫骨折(手術)	
	介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) ※有にチェックをなされた方は以下の項目をご記入ください。 介護度: 要介護2 認定期間: ○○○○年○月○日 ~ ○○○○年○月○日 居宅介護支援事業所: 居宅介護事業所☆☆☆ (担当者) ○○ ○○ (連絡先) 45-6372	
		利用している介護サービス: 該当するものにチェック。下記余白は事業所名と連絡先、利用頻度記載。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(貸与品目) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ○○事業所(デイ): 月、水、土の週3回 <input type="checkbox"/> 弁当: 毎日、夕方	
		← 事業所名やサービス利用頻度を記入	
その他の情報	●自分の名前を <input type="checkbox"/> 言えない <input checked="" type="checkbox"/> 言える (理解できる氏名「 佐世保さん 」)		
	●自分の生年月日を <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える 不明		
	●自分の住所を <input type="checkbox"/> 言えない <input checked="" type="checkbox"/> 言える (町名のみ・町名と番地・出身地など)		
	●自分の電話番号を <input checked="" type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える		
	●外出時、常に持ち歩く物が <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (形・大きさ・色・素材など こげ茶色の靴)		
	●行動パターンは <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (時間帯・コース・目的など)		
	●行きつけの場所は <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (京町の○○事業所)		
	●日常的に公共交通機関を利用 <input type="checkbox"/> しない <input checked="" type="checkbox"/> する (電車・ <input checked="" type="checkbox"/> バス・タクシー・船)		
	●この1年以内に家に戻れなかったことが <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (いつ頃? 半年前)		
	●備考(実家や旧姓、本人が反応する事柄など) 愛称「花ちゃん」、ご近所の方はよく愛称で呼ぶ。		

※長寿社会課処理欄

初回評価	<input type="checkbox"/> 1ヶ月後	年 月	(目安:徘徊歴あり、警察へ保護されたことがある)	【特記】
	<input type="checkbox"/> 3ヶ月後	年 月	(目安:独居で支援者がいない。支援者はいるが市外在住)	
	<input type="checkbox"/> 6ヶ月後	年 月	(目安:上記以外)	