

(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

【申請日】 年 月 日

【申請者】 氏名: (登録者との関係: )

住所:

連絡先:

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	佐世保市			電話番号	

### 【緊急連絡先】

連絡先1	氏名		登録者との関係	生年月日	年 月 日
	住所			年齢	歳 性別 男・女
連絡先2	氏名		登録者との関係	生年月日	年 月 日
	住所			年齢	歳 性別 男・女

※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

【提出者】 ※申請者と異なる場合に記入して下さい。

(氏名・名称)

(登録者との関係)

※長寿社会課処理欄	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 警察署	<input type="checkbox"/> ご家族:( )
<input type="checkbox"/> 民生委員児童委員:(氏名)	様(住所) (連絡先)
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー:(居宅支援事業所名)	(担当者) (連絡先)
<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> ある⇒( )回※「あり」の方は下記へいつ、どこで、どのような状況か詳細を記載		
身体的特徴	身長	cm	【家族構成】 ※下記いずれかに○をお願いします 独居・高齢者世帯 同居 _____ (日中独居・日中高齢者世帯)	
	体重	kg		
	体型	やせ気味・普通・太め		
	髪型			
	その他	(視力や聴力、障害等、特記事項を記載)		
医療・介護サービスについて	医療	かかりつけ医	医療機関名: _____ 主治医: _____	
		疾患名 内服薬	認知症の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	介護	介護認定	<input 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: _____ 認定期間: _____ ~ _____	
			居宅介護支援事業所: _____ (担当者)	
			(連絡先)	
			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 type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input 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
その他の情報	●自分の名前を _____ <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える (理解できる氏名「 _____ 」)			
	●自分の生年月日を _____ <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える			
	●自分の住所を _____ <input type="checkbox"/> 言えない <input 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 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 type="checkbox"/> ある(形・大きさ・色・素材など)			
	●行動パターンは _____ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(時間帯・コース・目的など)			
	●行きつけや思い入れのある場所は _____ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( _____ )			
	●日常的に公共交通機関を利用 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (電車・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 type="checkbox"/> ある(いつ頃? _____ )			
	●備考(実家や旧姓、本人が反応する事柄など)			

※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)	