様式第２号（第５条関係）

**登録番号**

井原市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業登録簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  対象者氏名 |  | 名前以外  の呼び名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 性　 別 | 男・　女 |
| 住　　所 | 〒  　　　井原市　　　　　　町　　　　　 　番地 | | |
| 電話番号 |  | | |

**対象者の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特徴等 | 身長　　 　 cm | 体重　 　 　kg | 体格：太り気味・普通・痩せ気味 |
| 頭髪(髪型・色)： | | |
| その他(眼鏡、ほくろ等)： | | |
| 氏名・住所 | 氏名：言える ・ 言えない | | 住所：言える ・ 言えない |
| 歩行補助具 | なし ・ 杖 ・ 押し車 ・ その他（　　　　　　　） | | |
| その他 | ※よく行く場所、持ち歩くもの、利用できる交通手段等 | | |
| 発見時に気を  付けて欲しい事 |  | | |

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先① | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 電話番号① |  | 電話番号② |  |
| メールアドレス |  | | |
| 連絡先② | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 電話番号① |  | 電話番号② |  |
| メールアドレス |  | | |
| 連絡先③ | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 電話番号① |  | 電話番号② |  |
| メールアドレス |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 第一  かかりつけ医 | 医療機関名 |  | 医師氏名 |  |
| 疾病名 |  | | |
| 第二  かかりつけ医 | 医療機関名 |  | 医師氏名 |  |
| 疾病名 |  | | |

**かかりつけ医**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険 | 要支援（　　　） ・ 要介護（　　　） ・ 申請中 ・ 未申請 | |
| 介護支援専門員 | 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 障害者手帳 | 無 ・ 有（　　　　　　　　　　手帳　　　　種　　　　級） | |

**介護保険等認定状況**

（登録者氏名：　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| [顔写真] |

|  |
| --- |
| [全身写真] |

（撮影日：　　　　　年　　月　　日）