様式第３号（第５条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号　　　　　１

大田原市認知症要配慮高齢者等事前登録情報（変更・抹消）届

　　　年　　月　　日

大田原市長　様

　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被登録者との続柄（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、登録情報を変更（抹消）します。

※太枠内を記入してください。

※変更の場合は、変更する箇所にも記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届　出　区　分 | | | 変更　・　抹消 |
| 被登録者 | | 住　　所 |  |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 氏　　名 |  | | |
| 介護認定 | | | 未申請 ・ 申請中 ・ 要支援（１・２） ・ 要介護（１・２・３・４・５） | | | | | | | |
| 認知症の状況 | | | 認知症の日常生活自立度（ 不明・自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ ）  名前（言える・言えない）　　　住所（言える・言えない） | | | | | | | |
| 過去の行方不明の有無 | | | 無・有（時期：　　　　　　　　　　）  場所と状況 | | | | | | | |
| 既　往　歴 （今までにかかった  病気と注意点） | | | 精神疾患　無・有（具体的な症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療機関名  （かかりつけ医） | | |  | | | | | 医師名 | |  |
| 介護サービス  事業所 | | |  | | | | | 介護支援  専門員 | |  |
| 連絡先１ | 住　所 | |  | | | | | 電話番号 | |  |
| 氏　名 | |  | | 続柄 | |  | メール  アドレス | |  |
| 連絡先２ | 住　所 | |  | | | | | 電話番号 | |  |
| 氏　名 | |  | | 続柄 | |  | メール  アドレス | |  |

【裏面へ】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特　　徴 | 身　　長 | ｍ　　　ｃｍ | 体重（体格） | ｋｇ（小柄・普通・大柄） |
| 髪型・色 |  | 眼鏡の使用 | 無・有（　　　　　　　　　　　） |
| 外見の特徴 |  | | |

本人の特徴が分かる写真２枚を添付してください。　　　　　 【撮影時期：　　　年　　月頃】

顔写真

（縦・横どちらでも可）

全身写真

（縦・横どちらでも可）