様式第１号（第４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申込書

年　　月　　日

大田原市長　様

　　　　　　　　　　　　　　申込者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被登録者との続柄（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

私は、「大田原市認知症要配慮高齢者等事前登録制度」の趣旨を理解し、行方不明時における早期発見及び保護のため、次のとおり認知症要配慮高齢者事前登録を申し込みます。

なお、次に記載した情報を大田原警察署及び市内の地域包括支援センターに提供することに同意します。

※被登録者本人の同意を得ることができない場合は、家族等の同意になります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被登録者 | | 住　　所 |  | | | | | | | |
| フリガナ |  | | フリガナ | |  | | 名前以外の呼び方 |  |
| 氏　　名 |  | | 旧姓 | |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 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）