

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。

届 出 区 分		変更 ・ 抹消		※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。	
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	

特 徴	身長	m      c m	体重（体格）	k g（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)