

甘楽町徘徊高齢者等登録情報個人票

届出日 年 月 日

(撮影日) 年 月 日

上半身写真（L版）を7cm×7cmに切り取り、
裏面に氏名を記入して貼付する。

【登録者・基本情報】		登録番号(町記入)	H -
ふりがな			
氏名	(旧姓:)		
生年月日	T・S・H	年	月 日
住所	甘楽町大字		
出身地			
電話番号			
身長・体格	cm / 太りぎみ・ふつう・やせぎみ		
身体的特徴 (頭髪、姿勢)	メガネ（有・無）		
申請時介護度	要介護度：		

【登録者・関連情報】 該当する□には するほか、必要事項をご記入ください。

自分の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓()で答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を:) <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その時々で違う答えとなる		
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 出身地(実家)を答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
難聴の度合	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる / <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる / <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない)		
徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊無し <input type="checkbox"/> 過去数回 <input type="checkbox"/> 月__回程度 <input type="checkbox"/> 週__回程度 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 季節毎		
対応時の留意点			
医療機関関係欄	かかりつけ医療機関	主治医名	持病等
介護保険関係欄	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ	電話番号

【緊急時連絡先】

第1 (届出者)	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メールアドレス			
	電話番号	自宅) / 携帯)	/ 職場)	
第2 番目	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メールアドレス			
	電話番号	自宅) / 携帯)	/ 職場)	
第3 番目	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メールアドレス			
	電話番号	自宅) / 携帯)	/ 職場)	

同意書

「甘楽町徘徊高齢者等事前登録制度」の趣旨を理解し、搜索等に必要な場合に備え、この登録情報個人票に係る情報及び登録者の顔写真を事前に富岡警察署、甘楽町役場関係各課及びその他関係者に必要な範囲内で提供することに同意します。

また、登録情報に変更があったときは、甘楽町健康課介護保険係へ連絡します。

年 月 日

届出者

(自署)

(登録者との続柄：)

全身の写真（L版）の裏面に氏名を記入し、貼付する。

* 甘楽町健康課介護保険係処理欄

登 録			台 帳 削 除		
受 付	台帳登録	警察署への届出	受付・削除	削除理由	削除処理
(時 分)	未 ・ 済	____年 ____月____日	____年 ____月____日	<input type="checkbox"/> 身体機能低下 <input type="checkbox"/> 転出・施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	____年 ____月____日
受付者	登録者	警察署対応者	受付者	〔 〕	警察署対応者