

甘楽町徘徊高齢者等事前登録制度登録利用申請書

甘 楽 町 長 様

年 月 日

申請者 住 所
(保護責任者)

氏 名 _____ 印
(登録者との続柄)

電話番号 _____

甘楽町徘徊高齢者等事前登録制度を利用したいので、同制度実施要綱第4条の規定により申請します。

記

対象者	ふりがな				要介護等の状況	要介護・要支援 ()	
	氏 名					その他 []	
	性 別	男・女	生年月日	T・S・H	.	.	(歳)
	住 所	甘楽町大字					

対象者の状況について記入してください。 ※ □がある項目は、該当するものに ☑ してください。

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