

登録番号：

つながろう三好ネットワーク登録申請書

申請日： 年 月 日

申請者	氏名	(続柄)		電話	-	-
	住所					
本人の状況	ふりがな		性別	男・女		
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	三好市				
	電話		携帯番号			
	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 同居(計 人)				
	介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)				
	介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり 担当居宅介護支援事業所・ケアマネ()				
かかりつけ医	医療機関名	医師名	持病			

緊急連絡先	①	氏名：	(続柄)
		住所：	(電話：)
	②	氏名：	(続柄)
		住所：	(電話：)

見守り支援者	民生委員	氏名	(電話：)
	友人・近隣 住民など	氏名	(電話：)
		氏名	(電話：)
		氏名	(電話：)

QRコード見守りシールの配布	希望する	希望しない
----------------	------	-------

私はこの個人情報について、関係機関が支援に必要な範囲で情報共有することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

代理人 _____ (続柄)

【関連情報】

体格	身長 cm	体重 kg	<input type="checkbox"/> 太りぎみ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせぎみ
眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（色 形 ）		
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
髪型	長髪・短髪・白髪・髪がない（ ）		
歩行姿勢	しっかりしている・すり足歩行・腰が曲がっている・杖・歩行器		
その他特徴			

自分の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 答えられない（ ）		
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる（続柄 氏名 ） <input type="checkbox"/> 答えられない（ ）		
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> 出身地・勤務地等（ ）		
徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊なし <input type="checkbox"/> 徘徊あり（頻度 行先 ）		
対応時の注意			
外出先	買物（ ） 通院（ ） 友人宅（ ） 散歩（ ） よく行くところ（ ）		
移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電動4輪 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電動自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他（ ）		
外出頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
外出時間帯			
サービス 利用状況	デイ・デイケア	事業所名	利用曜日
	訪問介護	事業所名	利用曜日
	その他		

本人・家族同意があれば写真貼り付け・特記事項等記載欄