

徘徊高齢者等個別調書兼登録台帳

		申請日		年 月 日		
申請者	ふりがな			登録者との続柄		
	氏名				電話番号	自宅 携帯
	住所					
登録者（徘徊高齢者等）の状況	ふりがな			旧姓		
	氏名			名前以外の呼び名		
	住所	※過去の居住先：出身地（ ）				
	生年月日	年 月 日（ 歳）	性別	男・女		
	電話番号	自宅：	携帯：	(GPS機能：無・有) ※有の場合、必ず位置情報設定を行ってください。		
	1	外出して家に戻れないことがある。	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	2	外に出たがり目が離せないことがある。	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	3	目的もなく動き回ることがある。	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	4	「家に帰る」等と言い落ち着きがないことがある。	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	5	昼と夜の区別がつかないことがある。	<input type="checkbox"/> 非常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	
	6	過去に徘徊等により警察等に保護されたことがある。	<input type="checkbox"/> ある（ 年 月頃）		<input type="checkbox"/> ない	
	7	徘徊が始まった時期	年 月頃から			
	8	自分の名前が言える。	<input type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない	
9	自分の住所が言える。	<input type="checkbox"/> 言える		<input type="checkbox"/> 言えない		
要介護状態区分		未申請	非該当	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	
連絡先	第1 連絡先	氏名			続柄	
		住所			電話番号	自宅： 携帯：
	第2 連絡先	氏名			続柄	
		住所			電話番号	自宅： 携帯：
<p>私は、朝霞市徘徊高齢者等見守りシール配付事業の登録に当たり、この個人情報（裏面を含む。）を徘徊高齢者等の早期発見及び事故を未然に防止するために必要な他の機関に情報提供することに同意します。</p>						
登録者氏名		Ⓜ	申請者氏名		Ⓜ	

