

様式第2号（第4条関係）

（表）

障害者等個別調書兼登録台帳

(登録番号： )		申請日	年 月 日	
介 護 者	ふりがな	障害者等との関係		
	氏名	電話番号		自宅：
住所	携帯：			
障 害 者 等 の 状 況	ふりがな			
	氏名			
	住所			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	電話番号	自宅：	携帯： (GPS機能：有・無) ※有の場合は、必ず位置情報設定をすること。	
	1 外出して家に戻れないことがあるか。	<input type="checkbox"/> 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か。	<input type="checkbox"/> 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か。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	4 昼と夜の区別がつかないことがあるか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	5 自分の名前が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない		
	6 自分の住所が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない		
7 家族の名前が言えるか。	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない			
8 行き先を告げずにいなくなることがあるか。	<input type="checkbox"/> 頻繁にある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない			
9 警察保護歴があるか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
10 発見場所 (警察に保護歴がある場合は、記入してください。)				
連 絡 先	第1緊急連絡者	氏名	障害者等との関係	
		住所	電話番号	
	第2緊急連絡者	氏名	障害者等との関係	
		住所	電話番号	
<p>私は、朝霞市障害者等見守りシール交付事業の登録に当たり、障害者等の早期発見及び安全の確保のために必要が生じたときは、介護者、障害者等その他この台帳に登録されている情報を朝霞警察署及び埼玉県南西部消防本部に提供することに同意します。</p> <p>障害者等氏名 _____ 介護者氏名 _____</p>				

【裏面に続く】

