

一人歩き高齢者リスト

届出者

| | | | |
|------|--|----------|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | 電話番号(携帯) | |

対象者の基本情報

| | | | | | |
|------------|---------------------------------|----------|------|----------|-------------|
| 氏名 | フリガナ | | 旧姓 | フリガナ | |
| | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 特徴 | 身長 | cm | | 体型 | やせ型・中肉・太り気味 |
| | 髪 | 長髪・短髪 | | 髪色 | 黒・白・茶・金 |
| | 癖 | | | | |
| | その他 | | | | |
| 装用品 持ち物 | めがね | なし・あり | 形状・色 | | |
| | その他 | | | | |
| 認識 | 氏名 | 言える・言えない | 住所 | 言える・言えない | |
| 特記事項 | 過去の行方不明・通報歴 | | | | |
| | 行きそうな場所 | | | | |
| | 外見や行動の特徴 | | | | |
| | 保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいこと、呼び方 など | | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名： | | 医師名： | | |
| ケアマネジャー | 事業所名： | | 担当： | | |
| 緊急時 連絡先 | ① | 氏名 | | | 続柄 |
| | ② | 氏名 | | | 続柄 |
| | ③ | 氏名 | | | 続柄 |

本人写真

正面

※なるべく最近撮影したもの

全身

※なるべく最近撮影したもの

個人情報利用同意書

私は、一人歩き高齢者見守りのため、記載内容を、会津美里町地域包括支援センターより、警察、会津美里町役場、民生児童委員 等へ情報提供することに同意します。

年 月 日

届出者

代理

(続柄)