

様式第1号(第4条関係)

(表)

徘徊高齢者等登録情報個人票

届出日 年 月 日

【基本情報(登録者)】

ふりがな		旧姓	性別	※登録番号(町記入欄)
氏名			男・女	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
住所	下仁田町			
出身地				
電話番号		身長 体格	cm 太りぎみ・ふつう・やせぎみ	
身体的特徴 (頭髪・姿勢等)	眼鏡使用 有・無			

【関連情報(登録者)】

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		
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない )		
徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊なし <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ( )回目 <input type="checkbox"/> 月( )回程度 <input type="checkbox"/> 週( )回程度 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 季節ごと		
対応時の注意点			
医療欄	かかりつけ医療機関	主治医名	持病
介護保険欄	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ	電話番号

【緊急連絡先】

第1順位者 (届出者)	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)
第2順位者	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)
第3順位者	ふりがな		続柄	住所
	氏名			
	メール			
	電話	(自宅)	(携帯)	(勤務先)

(裏)

## 同意書

私は、事前登録制度の趣旨を理解し、検索等に必要な場合に備え、この登録情報個人票に係る情報及び登録者の顔写真等を事前に富岡警察署、下仁田町役場関係各課、その他関係者に必要な範囲内で提供することに同意いたします。

また、登録情報に変更が生じた場合は、下仁田町地域包括支援センター(包括支援係)へ連絡いたします。

令和 年 月 日

届出者 住所

氏名(自署)

登録者との続柄( )

★この欄に登録者に関する写真を貼付してください。

撮影年月日 年 月 日

写真貼付欄

※地域包括支援センター処理欄

受付日時	担当者 押印欄	台帳登録日	登録者 押印欄	登録者情報の 取消し処理日	取消しの理由	備考
					<input type="checkbox"/> 身体機能低下 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	

※富岡警察署提出処理欄

提出担当者	送達月日	富岡警察署(下仁田交番)受領者
	月 日	