様式第１号（第４条関係）

神栖市認知症高齢者等保護情報共有事業利用申請書

　　年　　月　　日

神栖市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

神栖市認知症高齢者等保護情報共有事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（認知症高齢者等）の情報 | ふりがな |  | | 性別 | | | 旧姓：  名前以外の呼び名： | | | |
| 氏名 |  | |  | | |
| 住所 |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日  （　　　　歳） |
| 介護保険 | 担当居宅介護支援事業所名：  担当ケアマネジャー：　　　　　　　　　　　電話： | | | | | | | | |
| 要介護区分 | 未申請・総合事業対象者・要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５） | | | | | | | | |
| 介護保険サービス利用事業所 |  | | | | | | | | |
| かかりつけ  医療機関 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：  医師名： | | | | | | | | |
| 病名等 |  | | | | | | | | |
| 特徴 | 身長：　　　 ｃｍ | 体重：　　　　ｋｇ | | | | | 頭髪： 長髪 ・ 短髪（色： 　　） | | |
| 体格： 太め ・ 普通 ・ 痩せ気味 | | | 眼鏡： 有 ・ 無（色・形： 　　　　　） | | | | | |
| 特記事項： ＊出身地・前住所・職業・よく行く場所・持ち歩くものなど | | | | | | | | |
| 第一連絡先 | ふりがな |  | | | | 電話 | | |  | |
| 氏名 | 続柄（　　） | | | |
| アドレス | | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | |
| 第二連絡先 | ふりがな |  | | | | 電話 | | |  | |
| 氏名 | 続柄（　　） | | | |
| アドレス | | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | |

申請事由　次のいずれかに○を付けてください。

１　過去に徘徊したことがある　　　　　　　２　過去に未帰宅となったことがある

３　徘徊又は未帰宅となるおそれがある　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）