様式第１号別紙１（第６条関係）

高齢者等見守りＱＲコード活用事業登録者台帳

　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | 性　別 | 男・女 | |
| 住　　所 | 郵便番号  伊達市 | | | 血液型 | ( )  ＲＨ ＋・－ | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 医療・  介護等情報 | 要介護認定 | | 申請中　／　未申請　／　要支援　１　・　２  要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | |
| 担当ケア  マネジャー | | （事業所名）　　　　　　　　（電話番号）  （氏　　名） | | | |
| かかりつけ医 | | （医療機関名）  （主治医名） | | | |
| 認知機能低下の状況 | □自分の名前は言える　　　　　□自分の住所は言える  □道に迷う等のため自宅に帰ることができないことがある。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 徘徊の  有無 | □無　（現在はない）  □有　（頻度：□ほとんど毎日　□週に１～２回　□月に１～２回） | | | | | |
| 緊急連絡先（親族等） | 氏名 | 住所 | | 続柄 | | 電話番号 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 備　考 |  | | | | | |