

第3号様式(第6条関係)

(表)

白河市認知症高齢者等見守り QR コード事業対象者状況表

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏 名				生年月日	年 月 日	
				血液型	型 RH + ・ -	
住 所				電話番号		
利 用 者 の 状 況	1. 認知症高齢者 2. その他() 3. 認知症の状況()					
家 族 構 成	氏名:		生年月日:		(歳)	続柄()同居・別居
	氏名:		生年月日:		(歳)	続柄()同居・別居
	氏名:		生年月日:		(歳)	続柄()同居・別居
身 体 の 特 徴	身長: cm 体 重: Kg 姿勢: 体格: 痩身・中肉・肥 眼鏡利用: 有・無 頭髪の特徴: 特記事項()					
生 活 状 況	普段の生活:					
	よく行く場所:					
移 動 手 段	徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 自動車				車両番号	
	その他()					
主 な 病 名	医 療 機 関	主 治 医	住 所	電 話 番 号	服 薬 名	
介 護 保 険	1.要介護() 2.要支援() 3.未申請 事業所名: 事業所連絡先: ケアマネジャー:					
ア レ ル ギ ー	有 ・ 無 食物() 薬() その他()					
※ 緊急時(保護時)の対応に注意することや過去の発見場所など						

※ 裏面もご記入ください。

(裏)

【緊急連絡先】

駆けつけ可能な方は協力に○、連絡のみの方は連絡に○を()内にご記入ください。また、連絡順位をご記入ください。

連絡 協力() 連絡() 連絡順位()	ふりがな		対象者との関係	性 別
	氏 名			男 ・ 女
	住 所			
	電 話 番 号	自 宅:		
		携 帯:		
勤 務 先	勤務先名:		電話番号:	

連絡 協力() 連絡() 連絡順位()	ふりがな		対象者との関係	性 別
	氏 名			男 ・ 女
	住 所			
	電 話 番 号	自 宅:		
		携 帯:		
勤 務 先	勤務先名:		電話番号:	

連絡 協力() 連絡() 連絡順位()	ふりがな		対象者との関係	性 別
	氏 名			男 ・ 女
	住 所			
	電 話 番 号	自 宅:		
		携 帯:		
勤 務 先	勤務先名:		電話番号:	

写真

※ 写真は本人確認のために利用します。

※ 対象者本人の特徴が分かるように顔写真と全体の写真を添付ください。