

年 月 日

羽 村 市 長 宛

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電 話 ()

徘徊高齢者探索サービス利用申請書

徘徊高齢者探索サービスを利用したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
機器携帯者氏名			(歳)
住 所			
電 話			
希 望 す る 付 加 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 保護支援サービス		<input type="checkbox"/> 保護代行サービス
身体等の状況	外出して迷子になる	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
	自分の名前が言えない	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
	自分の住所が言えない	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
	会話のつじつまが合わない	<input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
主 な 病 気	<input type="checkbox"/> 脳障害 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ペースメーカー 装着の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
かかりつけ 医療機関	病院名		
	主治医	電 話	()
生活保護の 受 給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

様式第1号（第4条関係）（裏）

徘徊頻度	1（ <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年）当たり 回					
過去の徘徊歴と発見場所						
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
家族の状況	氏名	続柄	年齢	住所	備考（連絡先等）	
	主な介護者					
探索依頼登録者	1	住所				
		氏名		続柄		自宅Tel () 携帯Tel ()
	2	住所				
		氏名		続柄		自宅Tel () 携帯Tel ()
	3	住所				
		氏名		続柄		自宅Tel () 携帯Tel ()
機器携帯者の特徴 <small>（付加サービス希望する場合のみ記入願います）</small>	身長	cm	体重	kg	履物	cm
	メガネ	<input type="checkbox"/> 有（どのような： ） <input type="checkbox"/> 無				
	方言	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				
	名札等	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				
	ひげ	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				
	好んで行く所					
	その他の特徴					

申請書の内容について羽村市が調査することを承諾するとともに、緊急時に必要に応じて、市が本申請書の内容をサービス提供事業者及び警察署に保護資料として提供することに同意します。

また、事業を利用するにあたり、万一事故が発生しても、市に対して損害賠償の請求は一切しないことを誓約します。

申請者氏名