



助けあい協力シート

受付印

(新規 ・ 更新 (回目))

1. 対象者

シート記入年月日	年 月 日	記入者 所属：	氏名：
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	自治会 ()	連絡先	自宅 携帯
身体的特徴1	身長 cm	体型 (<input type="checkbox"/> やせ型 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 太め)	
身体的特徴2	メガネ (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	髪型・色 ()	
既往疾患			
かかりつけ医		連絡先	
その他特徴	利用中のサービス <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし 移動手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 よく行く場所 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
備考	※よく行く場所や情報提供の理由等、その他対象者に関する状況をご記入ください。		

2. 情報提供者・緊急時連絡先

1	フリガナ		連絡先	自宅 携帯
	氏名	印	対象者との 続柄	
	住所			

※情報提供者は署名・押印をもって「助けあい協力シート」の活用にあたり、「2. 情報提供者・緊急時連絡先」及び「3. 情報提供先」に提供することに同意したものとみなします。記入に関しては、裏面の「5. 説明」をよくお読みください。

2	フリガナ		連絡先	自宅 携帯
	氏名		対象者との 続柄	
	住所			
3	フリガナ		連絡先	自宅 携帯
	氏名		対象者との 続柄	
	住所			
4	ケアマネ 氏名			
	事業所名		事業所連絡先	

3. 情報提供先

機 関 名	電 話 番 号	担 当 者 等
<input type="checkbox"/> 始良警察署	65-0110	
<input type="checkbox"/> 始良消防署	63-3287	
<input type="checkbox"/> 始良市地域包括支援センター	64-5537	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

4. 本人写真欄等

※顔のアップや全体像など、本人の特徴をとらえた写真を複数枚貼付ください。

認知症高齢者徘徊感知機器の使用状況

- 玄関、ベッドサイド等のセンサー（ 介護保険 自費 ）
- GPS機能付機器（ 介護保険 自費 ）
- 電波機能付（ 介護保険 自費 ）
- なし

5. 説明

- この「助けあい協力シート」は認知症や障害等により徘徊や行方不明になる恐れがある方について、早期発見や見守り体制の構築を目的とした情報共有をするために作成されたシートです。ただし、実際に捜索が必要な状況になった時には警察署、消防署から改めて写真や身体的特徴等の情報提供を求められる場合があります。
- この助けあい協力シートに記入された内容は、他に漏らさないよう厳重に取り扱ってください。
- 対象者の状態などに変化があった場合は更新をお勧めします。
- 「2. 情報提供者・緊急時連絡先」「3. 情報提供先」の欄が不足している場合は欄外にご記入ください。
- 助けあい協力シートについてのお問い合わせは、始良市地域包括支援センター（0995-64-5537）にお願いします。