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  | 情報提供者 氏名：　　　　　　　　続柄（　　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 自治会（　　　　　　） | 連絡先 | 自宅携帯 |
| 身体的特徴１ | 身長　　　　　cm　　　　　　体型（□やせ型　　□普通　　□太め）　 |
| 身体的特徴２ | メガネ（□あり　　□なし）　髪型・色（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往疾患 | □高血圧症　□糖尿病　□脳卒中　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 |  | 連絡先 |  |
| その他特徴 | 利用中のサービス　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし移動手段　　　　　□徒歩　　□自転車　　□バス　　□タクシー　　□自家用車よく行く場所　　　□あり（ ）　　　□なし |
| 備考 | ※よく行く場所や身体的な特徴、対象者の捜索の際に気を付けたほうが良いことなどをご記入ください。 |

２．緊急時連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フリガナ |  | 連絡先 | 自宅　携帯　 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 |  | 対象者との続柄 |  |
| ２ | フリガナ |  | 連絡先 | 自宅携帯 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 |  | 対象者との続柄 |  |
| ３ | フリガナ |  | 連絡先 | 自宅携帯 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 |  | 対象者との続柄 |  |
| ４ | ケアマネ氏名 |  |
| 事業所名 |  | 事業所連絡先 |  |

３．情報提供先　　この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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機関名 | 電話番号 | 担当者等 |
|  | 姶良警察署 | ６５－０１１０ |  |
|  | 姶良消防署 | ６３－３２８７ |  |
|  | 姶良市地域包括支援センター | ６４－５５３７ | このシートに関する問い合わせ先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

４．本人写真欄等

|  |  |
| --- | --- |
| 顔のアップ | 全身 |
| 所持品 |
| 認知症高齢者徘徊感知機器の使用状況（※未使用の場合は、この機会に使用をご検討ください）□玄関・ベッドサイド等のセンサー　（介護保険　自費）　□電波機能付き　（介護保険　　自費）□ＧＰＳ機能付き機器　（介護保険　　自費）　　　　　　□なし |

【同意欄】

別紙に基づき個人情報の取り扱いに関する説明を受け、シートを利用することに同意します。

※この同意につきましては、親族の方に限ります。

（説明者）氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）

　　　　（同意者）氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）