助けあい協力シート（記載例）

受付印

**（ 新規 ・ 更新（ 回目） ）**

１．対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| シート記入年月日 | 令和 〇年 〇月 〇日  | 情報提供者 氏名：〇〇　〇〇　　続柄（　〇〇　） |
| フリガナ | アイラ　　ハナコ | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 |
| 氏名 | 姶良　花子 |
| 住所 | 姶良市宮島町自治会（　〇〇〇　） | 連絡先 | 自宅　　６４ー〇〇〇〇携帯 |
| 身体的特徴１ | 身長　　150　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（　パーマ、白髪交じり　　　　　　） |
| 既往疾患 | □高血圧症　■糖尿病　□脳卒中　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 | 　△△病院 | 連絡先 | 〇〇―〇〇〇〇 |
| その他特徴 | 利用中のサービス　■あり（○○デイケア：月・木　迎え〇時、帰宅〇時）　□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（ 　〇〇〇　、　△△△ ）　　　□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。亡くなった夫が入院していた病院に「洗濯物を取りに行く」と言い出かける。家族がいる時は見守ることが出来るが、いない時に出かけた時は病院へたどり着けずに鹿児島方面に向かって国道を歩いていることが多い。出かける時間は１１～１７時頃のことが多い。　糖尿病による通院加療中であり、低血糖症状を起こすこともあるため飴玉を本人のハンドバッグに入れているのだが、ハンドバッグを持って出なかった時の心配がある。その為、捜索する時は飴玉を携行する必要がある。 |

２．緊急時連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フリガナ | 　　　　　　アイラ　クスミ | 連絡先 | 自宅　６４－〇〇〇〇携帯　０９０-○○○○-○○○○ |
| 氏名 | 　　　　　姶良　楠美　　　　　　　　　 |
| 住所 | 姶良市宮島町 | 対象者との続柄 | 長女 |
| ２ | フリガナ | アイラ　リュウモン | 連絡先 | 自宅　６３－□□□□携帯　０８０-○○○○-○○○○ |
| 氏名 | 姶良　龍門　　　 |
| 住所 | 姶良市加治木町 | 対象者との続柄 | 　　　　　甥 |
| 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 | ○○　ケアマネジャー |
| 事業所名 | 居宅介護支援事業所□□ | 事業所連絡先 | 〇〇-〇〇〇〇 |

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 |
|  | 〇〇駅 |  |  |
|  | スーパー○○ |  |  |

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　　〇〇　〇〇　　　　続柄（　担当ケアマネ　）

　　　　（同意者）氏名　　□□　□□　　　　続柄（　　　長女　　　）