別記第2号様式(第6条関係)

|  |
| --- |
| 交付番号 |
|  |

串本町認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業原票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  対 象 者 |  | | | | 性　別 | | 写真  (タテ6cm　×　ヨコ4cm)  ※腰から上が写っているもの | |
| 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | |
| 血 液 型 | 型（ＲＨ ＋ ・ －）　・　不明 | | | | | |
| 住　　　所 | 串本町  　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 申請理由  (対象者の  状況等) |  | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　歳) 続柄（　　　　　　　）同居・別居 | | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　歳) 続柄（　　　　　　　）同居・別居 | | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　歳) 続柄（　　　　　　　）同居・別居 | | | | | | | |
| 身体の状況 | 身長：　　　　　　㎝ | | 体重：　　　　　　㎏ | | | 体格： 肥満 ・ 中肉 ・ 痩身 | | |
| 眼鏡：　無 ・ 有 | | 頭髪の特徴： | | | | | |
| 身体的特徴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 介護保険 | 総合事業　　　要支援（ 1 ・ 2 ）　　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）  申請中　　　　未申請 | | | | | | | |
| 障害者手帳 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　手帳　　　　　種　　　　　級） | | | | | | | |
| 主な病名 | | 医療機関名 | | 主治医氏名 | | | | 電話番号 |
|  | |  | |  | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  |

※裏面もご記入ください

＜緊急連絡先＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援者① | ふりがな  氏　　　名 |  | 対象者との関　　　　係 |  |
| 性　　　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 |  | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | |
| 勤 務 先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 支援者② | ふりがな  氏　　　名 |  | 対象者との関　　　　係 |  |
| 性　　　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 |  | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | |
| 勤 務 先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 支援者③ | ふりがな  氏　　　名 |  | 対象者との関　　　　係 |  |
| 性　　　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 |  | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | |
| 勤 務 先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

※支援者は2名以上記入すること。

注意事項　※緊急時（保護時等）の対応に注意すべきことがあれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |