

小城見守りキーホルダー登録申請書

(R5.12.1 改訂版)

記入例

※事務局記載欄

登録番号	<input type="checkbox"/> キーホルダー渡し <input type="checkbox"/> QRコード渡し <input type="checkbox"/> 台帳登録	<input type="checkbox"/> ケアレポート <input type="checkbox"/> 写真添付 <input type="checkbox"/> フェイスシート入力 <input type="checkbox"/> おくすり手帳添付
申請日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 更新	令和 年 月 日 受付者 令和 年 月 日 受付者

1. 登録者情報

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(続柄)	生年月日
フリガナ	オギ ハナコ 旧姓(○○)	T・S 5年 5月 5日
氏名	小城 花子	電話番号 37-0000
住所	小城市三日月町長神田 2312 番地 2 (行政区: 大寺)	

2. 緊急連絡先

①	フリガナ	オギ タロウ	続柄(長男)	登録者と (同居・別居)
	氏名	小城 太郎		
	電話番号①	37-△△△△	自宅・携帯・その他()	
	電話番号②	080-××××-0000	自宅・携帯・その他()	

②	フリガナ	サガ カズコ	続柄(次女)	登録者と (同居・別居)
	氏名	佐賀 和子		
	電話番号①	090-□□□□-0000	自宅・携帯・その他()	
	電話番号②		自宅・携帯・その他()	

3. 登録者情報

かかりつけ医療機関①	○○病院 (主治医)	電話 73-××××
かかりつけ医療機関②	(主治医)	電話
かかりつけ歯科診療所	△△歯科	電話 73-0000
かかりつけ薬局	□□薬局	電話 73-△△△△
病歴	今まで手術した病気、現在、治療している病気を記入してください。 (例) 40歳頃:膝関節の手術 現在:高血圧、高コレステロール、白内障 <input type="checkbox"/> おくすり手帳添付あり	
体格等	身長(155 cm) ・ 体重(50 kg)	
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
認知症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (ひとり歩き 無 ・ 有) その他()	
介護保険認定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 1 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
担当ケアマネージャー	事業所名(小城市地域包括支援センター)	氏名(○○ △△)
担当民生委員	○×さん	電話 73-□□□□

4. あなたの普段の外出先を教えてください

(1)買い物先	・小城スーパー ・
(2)知人・友人宅	・□△さん(長神田) ・
(3)金融機関	① 郵便局 (支店) ② 佐賀銀行 (○○ 支店) ③ 農協 (支店) ④ その他 ()
(4)趣味や老人会・サロンなどの集まり	・グランドゴルフ ・ふれあいサロン
(5)外出方法	①バス ②タクシー ③自動車(本人運転) ④自動車(本人以外の運転) ⑤自転車 ⑥徒歩〔携行品 無・有(杖・押し車・その他())〕
(6)散歩の時間やルート	① 散歩 <u>している</u> ・ していない ② 時間 : ~ : (散歩に行く時間帯) ③ 散歩コース 自宅 ~ 公民館 (おおまかな距離: 1.0 km)
(7)昔の住所(実家)	・小城市小城町○○番地 ・
(8)お寺やお墓の場所	・小城市三日月町(三日月寺) ・

情報提供の同意について を入れてください。

登録情報は、本システムの目的に基づき、以下の機関に対し、地域ケア情報基盤システムへ電磁的記録を行うことで情報提供することに同意します。

1. 小城市役所
2. 小城警察署
3. 佐賀中部広域連合 事務局 給付課
4. 佐賀広域消防局 小城消防署

登録情報を上記以外に医療機関及び関係機関等に情報提供することに同意します。

関係機関のチェック

- 担当民生委員
- 担当ケアマネージャー
- サービス事業所
- その他()

行方不明等緊急時には、登録内容について各関係機関に情報提供することに同意します。

関係機関のチェック

- 見守りサポーター(デイサービス等の送迎時に協力いただける小城市内の事業所です。)

本人署名 小城 花子 代筆者署名 小城 太郎 (続柄 長男)