

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

利用者住所
利用者氏名 ⑩
対象者との関係
利用者連絡先

かすみがうら市認知症高齢者QRコード活用見守り事業利用申請書

次のとおり事業を利用したいので申請します。

対象者 (認知症高齢者)	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 かすみがうら市		
	電 話			
QRコードシール 送付先	氏名			
	住 所			
	電 話		対象者との 関係	
対象者情報	別紙のとおり ※この事業の台帳において支援者（緊急連絡先）に登録する親族等には、申請について同意を得ておいてください。			
<p>●上記の事業を受けるに当たり、次の事項について誓約します。</p> <p>1 QRコードシールは適切な管理のもとに使用し、故意に折り曲げたり、丸めたりはしません。</p> <p>2 QRコードシールを目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸与し、又は担保に供しません。</p> <p>3 緊急事態発生時には、警察署や消防署、民生委員児童委員等の協力機関に登録情報（認知症に関する情報を含む。）を提供することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 ⑩</p>				
<p>●以下のうち、該当するものにチェックを付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> かすみがうら市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業を既に利用している。 ※ SOS ネットワーク事業を既に利用している方は、QR コード活用見守り事業原票（別紙）の提出は不要です。</p> <p><input type="checkbox"/> かすみがうら市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業の利用を同時に申し込む。 ※ SOS ネットワーク事業の利用を同時に申し込む方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票を提出することで、QR コード活用見守り事業原票（別紙）の提出を省略することができます。</p>				

(別紙)

登録日	年	月	日
-----	---	---	---

かすみがうら市認知症高齢者QRコード活用見守り事業原票

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 かすみがうら市		
電話			

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

緊急連絡先 ※緊急連絡先は2名以上の記入をお願いします。

連絡先 ①	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ②	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ③	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		

身体状況

身長： cm	体重： kg	体格： 肥満 ・ 中肉 ・ 痩身	
眼鏡： 有・無	頭髪の特徴：	入歯 有：無	
特記事項	※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くもの等		
病 名	主治医氏名	医療機関名	電話番号

徘徊状況

徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 外出時、道に迷ったり自宅に帰れないことがある。 <input type="checkbox"/> 外出時、徘徊するが自分で自宅に戻る。 <input type="checkbox"/> 現在は特に徘徊はしない。
徘徊の頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週に1～2回 <input type="checkbox"/> 月に1～2回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
普段の外出状況や行動の特徴	※よく行く行先や行動パターンや普段よく口にする行先等
過去の徘徊歴等	※過去の徘徊歴、発見場所
歩行状況等	公共交通機関等の独力利用 ： できる ・ できない 電車・バス・タクシー・その他（ ）

認知機能の状況

1.氏 名	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
2.住 所	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
3.生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
4.意 思 の 伝 達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
5.日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない

その他

介護保険	総合事業対象者	要支援（1・2）
	要介護（1・2・3・4・5）	申請中・未申請
担当ケアマネジャー	氏 名	
	事業所名	
	電話番号	
身障手帳	有 ・ 無 （ 手帳 種 級 ）	

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ご記入ください。

.....

.....