|  |
| --- |
| 登録番号 |
|  |

様式第２号（第７条関係）

新宮市認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業　事業台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | ふりがな | | | | 性別 | | | 写真  6cm×4cm以内 |
| 男　・　女 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | |
| 血液型 | 型（RH ＋・－）・不明 | | | | | | |
| 住　　　所 | 新宮市  （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：　　　　cm | | 体重： kg | | | 体格：　肥満・中肉・痩身 | | |
| 眼鏡：　有・無 | | 頭髪の特徴： | | | | | |
| 身体的特徴  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 介護保険 | 事業対象者　要支援（１・２）　　要介護（１・２・３・４・５）  申請中　　　未申請 | | | | | | | |
| 障害者手帳 | 有　・　無　（　　　　　　　　　手帳　　　　種　　　級） | | | | | | | |
| 主な病名 | | 医療機関名 | | 主治医氏名 | | | 電話番号 | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |

＜緊急連絡先＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先① | ふりがな |  | | 対象者との関係 | |  |
| 氏名 |  | |
| 男　・　女 | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |
| 連絡先② | ふりがな |  | 対象者との関係 | | |  |
| 氏　名 |  |
| 男　・　女 | | | |
| 住　所 |  | | | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |
| 連絡先③ | ふりがな |  | | | 対象者との関係 |  |
| 氏　名 |  | | |
| 男　・　女 | |
| 住　所 |  | | | | |
| 電話番号 | 自宅　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |

※緊急連絡先には２名以上の記入をお願いします。

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。