

射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）利用登録申請書

年 月 日

射水市長

申請者 住所

(送付先) 氏名 利用者との続柄 ()

電話番号

射水市認知症高齢者等みまもり事業（どこシルプラス事業）の利用登録をしたいので、下記に同意のうえ、次のとおり申請します。

- ・警察署、消防署、地域包括支援センター及びケアマネジャー等の関係する者に情報提供を行うこと。
- ・市が対象要件の確認のため住民基本台帳、要介護・要支援認定に係る調査結果等について公簿で確認すること。
- ・市が本事業の利用状況等を閲覧すること。

利用者情報

ふりがな		生年月日 年齢	年 月 日	
氏名	男・女		(満 歳)	
住所	〒 ー 射水市		TEL	ー ー
世帯構成	高齢者世帯・子と同居・その他 ()			写真 (年 月頃撮影)
過去の 行方不明	有 (年・月・週に ____回くらい) ・ 無			
行動特徴 等	その他、徘徊しやすい場所、時間帯等を記入してください。			
要介護度	要介護 (1・2・3・4・5) ・ 要支援 (1・2) ・事業対象・申請中・未申請			
介護支援 専門員	所属 氏名			
連絡先① 続柄 ()	氏名			私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署、地域包括支援センター及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。
	住所			
	電話番号			
	メールアドレス			
連絡先② 続柄 ()	氏名			私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署、地域包括支援センター及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。
	住所			
	電話番号			
	メールアドレス			
連絡先③ 続柄 ()	氏名			私は緊急連絡先として登録すること及び利用申請書に記載した情報を警察署、消防署、地域包括支援センター及びケアマネジャー等の関係する者に提供することに同意します。
	住所			
	電話番号			
	メールアドレス			

利用申請書の記載内容に変更が生じた場合は、別途変更申請書を提出してください。

市役所処理欄

決定日		ID	
-----	--	----	--

どこシル伝言板登録項目	登録内容
① 保護対象者のニックネーム ※個人情報保護の観点から、 氏名（姓・名・フルネーム）や 氏名が想起できるような「いみずさん」 「はなちゃん」等は登録できません。	「おとうさん」「おかあさん」「先生」等
② 生年月日（年月まで）	西暦 年 月
③ 性別	男 ・ 女
④ 身体的特徴	①身長（ ） c m位 ②体重（ ） k g 位 ③頭髪（黒髪・白髪） ④体型（痩せ・中肉中背・太め ） ⑤めがね（ 有 ・ 無 ） ⑥杖（ 有 ・ 無 ） ⑦意思表示 名前：（ 言える・言えない時がある・言えない ） 住所：（ 言える・言えない時がある・言えない ）
⑤ 既往症 ※今までにかかった大きな病気などを 入力します。 《例》 ①認知症 ②糖尿病	
⑥ 保護時に注意すべきこと ※発見した方へのアドバイスとなります。 症状への具体的な対応方法を記入します。 《例》 ・ 右耳が聞こえにくいので、左側から話しかけてください。 ・ 「おじいさん」と話しかけると怒りやすくなるので、「先生」と話しかけてください。 ・ 汗や震えがありましたら、低血糖の可能性があるので、所持している飴をなめるように勧めてください。	