

一人歩き高齢者リスト

届出者

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| 氏 名      |  | 続柄       |  |
| 住 所      |  |          |  |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） |  |

対象者の基本情報

|         |                                |                   |           |             |
|---------|--------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
| 氏 名     | フリガナ                           |                   | 旧姓        |             |
|         |                                |                   |           |             |
| 住 所     |                                |                   | 性別        | 男 ・ 女       |
| 緊急時の連絡先 | ①                              | ②                 | ③         |             |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭                          | 年 月 日             | 年齢        | 歳           |
| 特 徴     | 身長                             | cm                | 体型        | やせ型・中肉・太り気味 |
|         | 髪                              | 長髪・短髪 黒髪・白髪・茶髪・金髪 |           |             |
|         | 癖                              |                   |           |             |
|         | その他                            |                   |           |             |
| 装用品・持ち物 | めがね                            | なし ・ あり （色や形）     |           |             |
|         | その他                            |                   |           |             |
| 名 前     | 言える・言えない                       |                   | 住 所       | 言える・言えない    |
| 特 記 事 項 | 過去の徘徊経歴                        |                   |           |             |
|         | 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）          |                   |           |             |
|         | 外見や行動の特徴                       |                   |           |             |
|         | 保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと、呼び方など |                   |           |             |
| かかりつけ医  | 医療機関名：                         |                   | 医師名：      |             |
| ケアマネジャー | 事業所名：                          |                   | ケアマネジャー名： |             |

□写真を添付する

写 真

(正面)

※なるべく最近撮影したもの

写 真

(全身)

※なるべく最近撮影したもの

**個人情報利用同意書**

私は、一人歩き高齢者見守りのため、記載しました内容を、会津坂下町社会福祉協議会内会津坂下町地域包括支援センターより、会津坂下警察署・会津坂下町役場へ情報提供することに同意します。

年 月 日

届出者

Ⓜ

〔代理

(続柄)

〕