

様式第1号（第4条関係）

諏訪市認知症高齢者等見守りシール交付事業利用申請書

年 月 日

（宛先）諏訪市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
（対象者との関係 ）  
※自署しない場合は、記名押印してください。

諏訪市認知症高齢者等見守りシール交付事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
対象者氏名				( 歳)
住 所	諏訪市		電話番号	
世帯構成	独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/>		血液型	型
身体状況	身長： c m 体重： k g 体格： <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 中肉 <input type="checkbox"/> 痩せ 髪型： 頭髪の色： 会話： 移動：		ひげ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 聴力： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪	
外出状況	<input type="checkbox"/> 外出し帰宅できないことがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
外出頻度	<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			
医療の状況	かかりつけ医（医療機関名） (氏名)			
	既往歴： 認知症の診断： <input type="checkbox"/> 有（医療機関名） <input type="checkbox"/> 無			
介護保険の状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ 1 ・ 2 ）			
	<input type="checkbox"/> 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） ケアマネジャー（氏名） (事業所名)			
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育【 種】【 級】【A・B】） <input type="checkbox"/> 無			
見守りネットワーク事業への登録 <input type="checkbox"/> 希望する（※欄も記入してください。） <input type="checkbox"/> 希望しない				
※担当民生委員		※金銭管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
特記事項	(職業、よく行く場所、持ち物、趣味等)			
備考				

添付書類（見守りネットワーク事業への登録を希望する場合に限る。）

肩より上の姿が写っている写真及び全身が写っている写真（撮影日を明記すること。） 各 1 枚（いずれもL判サイズ）

【介護者等の緊急連絡先】※2人以上の記載を原則とする。

第1 連絡先	氏名		対象者との関係	
	住所			
	電話番号	(自宅)		(携帯)

第2 連絡先	氏名		対象者との関係	
	住所			
	電話番号	(自宅)		(携帯)

第3 連絡先	氏名		対象者との関係	
	住所			
	電話番号	(自宅)		(携帯)

【情報提供の同意】

事業を利用するに当たり、上記の対象者及び介護者等の個人情報について、市が諏訪警察署その他の関係機関に情報提供することに同意します。

また、諏訪市見守りネットワーク事業登録者台帳への登録を希望する場合は、次に掲げる事項に同意します。

- (1) 当該台帳に登録した対象者及び介護者等の情報を市が諏訪警察署に提供すること。
- (2) 対象者の所在が不明になり、登録した情報の利用が必要になったときには、市が協力機関及び協力事業所にその情報を提供すること。

申請者氏名

※自署しない場合は、記名押印してください。

※対象者及び介護者等の同意を得た上で署名してください。

# どこシル伝言板登録シート

説明書 1 ページ 5 の登録で  
使用する入力用のシートです

どこシル伝言板で保護対象者情報登録をするための入力用にご記入ください

記入日	年	月	日	保護対象者 ID	
<b>① 保護対象者のニックネーム</b> ※呼ばれて返事をしてもらえる愛称 ※個人情報保護の観点から、 氏名(姓名・フルネーム)での登録は禁止です 例.「お父さん」「先生」等、ご自宅や職場で呼ばれて いた愛称等					
<b>② 生年月日(年月まで)</b>	西暦	年	月		
<b>③ 性別</b>	男	・	女		
<b>④ 身体的特徴</b> ※身長や体型、メガネの有無、よく身につける ものなど、できるだけ詳しく記入します 例.① 身長 150cm ② 中肉中背 ③ 眼鏡使用					
<b>⑤ 既往症</b> 例.① 認知症 ② 糖尿病 ※今までにかかった大きな病気など入力します					
<b>⑥ 保護時に注意すべきこと</b> ※発見した方へのアドバイスとなります。症状に 対する具体的な対応方法を記入します 例.・右耳が遠いので、左耳に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 ありますので、所持している飴をなめるように 勧めてください	<b>Point!</b>	症状に対するの対応方法を ご記入ください			
<b>⑦ 発見通知メールアドレス</b> ※発見時に通知を受けるメールアドレスです 迎えに行くことが可能な方を3件まで登録できます (例. 主介護者、ご家族、介護支援専門員等)					@
					@
					@