

キーホルダーNo.

豊川市高齢者見守りキーホルダー情報登録シート

ふりがな	(姓)	(名)	旧姓	性別	生年月日
氏名 (登録者)				男・女	・明治 ・大正 ・昭和 年()月()日 歳
住所	豊川市			電話	
緊急連絡先①	氏名			続柄	
	住所			電話	
緊急連絡先②	氏名			続柄	
	住所			電話	
身体的特徴					
身長	cm		体格	大柄・中背・小柄	
体重	kg		体型	やせ形・普通・小太り・肥満	
姿勢	普通・猫背・円背		頭髪		
メガネ	無・有()		マヒ	なし・あり(右)・あり(左)	
会話	名前	言える・言えない		住所	言える・言えない
コミュニケーション	問題なし・困難・()				
その他の特徴 (特記事項)	(ヒゲ・あざ・ほくろ・傷跡など)			写真 (裏面貼付)	なし・あり (撮影時期 年頃)
かかりつけ の医療機関	名称			担当医	
	住所			電話	
居宅介護 支援事業所	名称			担当者	
	住所			電話	
地域包括 支援センター	名称			担当者	
	住所			電話	
徘徊歴	なし・あり(発見された場所)				
要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・非該当・申請中・未申請				

同意事項①

私は、上記の「豊川市高齢者見守りキーホルダー情報登録シート」（以下「登録シート」という。）を作成し、市が事業の趣旨に鑑みて必要であると判断した場合に必要な機関へ情報提供することに同意します。また、介護高齢課で「登録シート」を保管することに同意します。なお、事故等が生じた場合は、自己責任とし、他には責任を問いません。

同意事項②

私は、上記の「豊川市高齢者見守りキーホルダー情報登録シート」（以下「登録シート」という。）については、豊川市高齢者地域見守りネットワークに登録しており、この「豊川市高齢者地域見守りネットワーク登録票」の写しを添付することに同意します。

同意事項①か同意事項②を選択し、丸を打ってください。

私は、同意事項の「 ① ② 」に同意します。

(同意人署名欄)

署名日 平成 年 月 日

住所		電話	
氏名	印	続柄	

(立会人署名欄)

(※地域包括支援センター職員等)

氏名		所属等	
----	--	-----	--

備考	
----	--