



認知症高齢者 あんしん登録票

申請日 令和 年 月 日

申請者	氏名				続柄		
	住所						
	電話						
登録者	ふりがな 氏名				電話番号		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生		
	住所	四国中央市			自治会名		
	性別	男 ・ 女			年齢	歳	
	特徴	身長	() cm		体重	() kg	
		体格	(太い ・ 中肉 ・ やせ ・ その他 ())				
		めがね	(有 ・ 無)				
		髪型	(白髪 ・ 白髪まじり ・ 薄い ・ 黒髪 ・ その他 ())				
		歩行の状態	(杖を使用 ・ 短い距離が可 ・ 長い距離が可)				
		自分の (名前 ・ 住所) を	(言える ・ 言えない)				
		その他の特徴 ()					
	要介護認定	受けていない ・ 非該当 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
	ケアマネジャー	【事業所】 【氏名】					
介護保険利用サービス	無 ・ 有 ()						
かかりつけ医	無 ・ 有 ()						
持病の有無	無 ・ 有 ()						
緊急連絡先 ①	氏名			住所			電話番号
		続柄 ()					
②	氏名			住所			電話番号
	続柄 ()						

※登録内容に変更が生じた場合は、市役所高齢介護課（28-6147）までご連絡ください。
 ※行方不明時には太枠内の情報を協力機関に配信します。

市記入欄（※ここから下は記入しないでください）

申請代行者	受付者	同意確認	入力	No
無 ・ 有 ()				