

記入例

佐賀市あんしん見守り事前登録者個別情報シート 令和4年2月1日現在

※本人の特徴がわかる写真（顔写真及び全身写真）を裏面に添付してください。

| | | | | |
|-----------|--|---|------|---|
| フリガナ氏名 | サガ太郎 佐賀 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男・女 | 生年月日 | 昭和〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳) |
| 住所 | 佐賀市 栄町1番1号 | | | |
| 身体的特徴 | 身長 | 160 cm | 体重 | 54Kg |
| | 体格 | 肥・小肥・ <input checked="" type="checkbox"/> 中肉・痩せ | 血液型 | <input checked="" type="checkbox"/> A・B・O・AB・不明 |
| | 面形 | △・▽・○・ <input checked="" type="checkbox"/> □・○ | 顔色 | 白・青白・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・浅黒・赤 |
| | 髪型 | 短髪、白髪 | | |
| | その他 | ホクロ、手術痕、メガネ、補聴器、靴サイズ、歩行（杖使用）等 眼鏡使用 | | |
| その他の情報 | 旧姓・愛称、出身地（前住所）、職業、趣味、所持品、車の利用等 所持品：黒のかばんを常時持っている。 住所を以前住んでいた鳥栖という。 | | | |
| 外出について | <ul style="list-style-type: none"> ● 外出先から戻れなくなったことがありますか (<input type="checkbox"/>ない・<input checked="" type="checkbox"/>ある) ● ひとりで外出されることがありますか (<input type="checkbox"/>ない・<input checked="" type="checkbox"/>ある) (頻繁にある、週1回程度、月1回程度、<input checked="" type="checkbox"/>ときにある) ● 警察等に保護されたことがありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある (年 月頃) 保護された場所 () | | | |
| 病気について | <ul style="list-style-type: none"> ● 既往・現病歴 (高血圧、認知症) ● 認知症の診断の有無 <input type="checkbox"/>ない・<input checked="" type="checkbox"/>ある・不明 自分の名前を言えますか <input checked="" type="checkbox"/>言える ()・<input type="checkbox"/>言えない 自分の住所を言えますか <input type="checkbox"/>言える ()・<input checked="" type="checkbox"/>言えない 日常会話に支障がありますか <input checked="" type="checkbox"/>ない・ある () | | | |
| 医療情報 | 医療機関名（主治医名） 〇〇医院 △△医師 歯科医院名●● 歯科医院 | | | |
| 高齢者介護情報 | 介護度（未申請 申請中 要支援1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5） 有効期限（令和3年5月1日～令和5年4月30日） 担当のケアマネジャー（事業所名：〇〇 居宅介護支援事業所 氏名：〇〇） 利用しているサービス（ デイサービス〇〇 ） | | | |
| 障がい者障がい情報 | 手帳種類 身体（級：障がい程度） 療育（A・B） 精神（級） 担当の相談員（事業所名： 氏名：） 利用しているサービス（） | | | |

記入例

登録番号： —

※写真を貼り付けてください（顔、全身の様子がよく分かるもの）

顔写真(正面)

（佐賀太郎 様） 撮影時期 令和4年 1月頃



全身写真(立位・正面)

撮影時期 令和4年 1月頃

