|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| キーホルダーNo. | 受付者 |  |

**安心生活見守りキーホルダー登録シート**

記入日：令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | （旧姓：　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日（満　　　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　　－福知山市（自治会名：　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 緊急連絡先❶ | ふりがな |  | 続　柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号① |  | 電話番号② |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |
| 緊急連絡先❷ | ふりがな |  | 続　柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号① |  | 電話番号② |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |
| **更新時連絡先** | 登録利用者（ご本人様）宛　・　緊急連絡先➊宛　・　緊急連絡先➋宛　 |
| 身体的特徴 | 身　長 |  | 体　重 |  | 体　型 | 大柄　　　　普通　　　　小柄（太り気味）　　　　　　　　（やせ気味） |
| めがね | 無　・　有 | 義　歯 | 無　・　有 | 姿　勢 | 普通　　　猫背　　　円背 |
| 頭　髪 | 長め　　　　普通　　　　短め白髪　　その他（　　　　　） | その他の特　　徴 |  |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名 |  |
| 主治医氏名 |  | 電話番号 |  |
| 病　　名 |  |
| 毎日服用しているお薬 | 無　　・　　有　　薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 無　・　有　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認知症 | 無　　・　　　有　　　　【徘徊歴　（　　有　　・　　無　　）】その他症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| よく行く場所はありますか？ |  |
| 名前は言えますか？ | はい　　・　　いいえ |
| 住所は言えますか？ | はい　　・　　いいえ |
| 介護保険 | 介護認定：　　無　　・　　有　　・　　未使用　 |
| 居宅介護支援事業所名：担当氏名：TEL： |
| 情報閲覧・提供同意欄 | ※私は、このシートに記載した情報について、社協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。本 人 署 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　） |

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族やケアマネージャーが本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。