

高齢者見守り登録台帳

申請年月日: 年 月 日

担当民生委員	第	区	氏名	※
			※	※

確認欄 ※同意事項を必ず確認し、確認欄にチェックのうえ太枠内をご記入ください。 次のとおり、高齢者見守り登録を申請します。 この登録に伴い、別紙「高齢者見守り登録についてのご案内」(3)「個人情報の利用・収集と提供」について確認し同意します。				
フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 西暦
氏名	(申請者自署または記名押印)		年 月 日	
住所	鎌倉市		自宅電話	(0467)
			携帯電話	
1 親族の連絡先	(1)	氏名	続柄	電話
		住所		
	(2)	氏名	続柄	電話
		住所		

※ 2については、次の項目の登載を受諾したご自身が記入してください。

2 近所で懇意の方 (日常の関わり等)	氏名	関係	電話
	住所		

3 かかりつけの病 院	<input type="checkbox"/> 定期的に通院 <input type="checkbox"/> 必要時に通院 <input type="checkbox"/> かかりつけは無い		
	(1) 病院名	電話	
	(2) 病院名	電話	

4 持 病	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 眼疾患 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	--

5 身体の状態	<input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 病気がち
---------	---

6 日常の生活動作	<input type="checkbox"/> 自由にできる <input type="checkbox"/> 支援により生活できる(親族・ヘルパー等・その他) <input type="checkbox"/> 支援を受けているが不自由が多い <input type="checkbox"/> 不自由があるが、相談先が分からない
-----------	---

7 親族関係	配偶者 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 親族関係図 <input type="checkbox"/> 長期入院中 (病院名) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名) 子供 <input type="checkbox"/> いる (人) <input type="checkbox"/> いない	※ 受領印
	8 住居の状況	
9 特記事項		