様式第2号

情報シート

（　　　　　年　　月　　日作成）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | フリガナ |  | | | | 男 ・ 女  写　真  ※写真をデータで提出いただければ、貼付の必要はありません | |  |
| 氏　　名 | （旧姓：　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | | | | |
| 住　　所  ※入所中や長期入院中の場合は居所を記入 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 身体的特徴 | 身長：　　　　　ｃｍ | | | 姿勢： | | | |
| 体重：　　　　　ｋｇ | | | 体格： 太め ・ 普通 ・ やせ気味 | | | |
| 頭髪： | | | 眼鏡：　無　・　有 | | | |
| その他（ホクロ、アザなど）： | | | | | | |
| 特記事項 | 出身地： | | | 前住所： | | | |
| 以前の職業： | | | 愛称： | | | |
| 名前・愛称で呼んだときの反応：　無 ・ 有 →（特徴：　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| なじみの場所： | | | | | | |
| よく持ち歩く物・身に着ける物： | | | | | | |
| 注意事項 | 行方不明歴：　無 ・ 有 →（発見場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （主なルート：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保護時・対応時の注意事項： | | | | | | |
| 介護情報 | 要介護認定：　無 ・ 有 →（要介護度：　　　　　　　　） | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー名：  事業所名：　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | | | | |
| 利用中の介護サービス（種別）：  事業所名：　　　　　　　　　　　　　　TEL：  事業所名：　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | | | | |
| 医療情報 | かかりつけ医療機関名：  主治医名：　　　　　　　　　　　　　　TEL： | | | | | | |
| 認知症診断： 無 ・ 有 →（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 現病名： | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | 家族情報 | 同居者： 無 ・ 有 →（氏名：　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　）  　　　　　　　　　　（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 特記事項： | | | | | | |
| 緊急連絡先１ | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 続柄 |  | | TEL： | |
| 氏名 |  |
| 携帯： | |
| 緊急連絡先２ | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 続柄 |  | | TEL： | |
| 氏名 |  |
| 携帯： | |
| 緊急連絡先３ | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 続柄 |  | | TEL： | |
| 氏名 |  |
| 携帯： | |

1. 本人の写真（顔、全身が写っているもの2種類）を添付してください
2. 内容に変更が生じた場合は、その都度ご連絡ください

本人、家族確認欄（どちらかに○をつけてください）

行方不明になった際の愛情ねっとへの情報配信　　　　希望します　　・　　希望しません

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | お住まいの小学校区 | 電話 |
| 中央地区地域包括支援センター  （大牟田市役所内） | 大牟田中央・大正・中友・  白川・平原 | ４１-２６７６ |
| 手鎌地区地域包括支援センター  （手鎌地区公民館内） | 明治・手鎌 | ５９-６０２０ |
| 吉野地区地域包括支援センター  （吉野地区公民館内） | 上内・吉野・倉永 | ４１-６０２５ |
| 三池地区地域包括支援センター  （三池地区公民館内） | 高取・三池・羽山台・銀水 | ４１-５５０６ |
| 三川地区地域包括支援センター  （三川地区公民館内） | みなと・天領 | ４１-５２９８ |
| 駛馬・勝立地区地域包括支援センター  （駛馬地区公民館内） | 駛馬・天の原・玉川 | ４１-２０２０ |
| 大牟田市福祉課 | | ８５-０４７０ |

連絡・問合せ先