

徘徊高齢者位置探索サービス事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 紀の川市長

申請者(利用者) 住所 紀の川市 番地
 氏名 ⑩
 続柄
 電話番号

紀の川市徘徊高齢者位置探索サービス事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

対象 高齢者	フリガナ 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所	紀の川市		電話番号	
対象 高齢者 の 状 況	要介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	
	認知症 の状態	1 外出して迷子になることがある。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		2 家族・知人等を混同するなど、人を間違える。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		3 会話のつじつまが合わない。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		4 大声をあげて騒ぐ。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		5 妄想が見られる。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		6 警察に保護されたことがある。	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
		7 その他 ()			
	本人の 特徴	身長： 体格： やせぎみ ・ ふつう ・ 太りぎみ 頭髪： その他：			
家 族 の 状 況	氏名	続柄	住所	連絡先	
備考：					