

記入例

赤字部分の記載をお願いします

それ以外は任意での回答をお願いします

ひとり歩き高齢者等状況調査書

※印のついているものについては、必ずご記入下さい。それ以外については、探索の際に役立つ情報、万一の緊急事態に対応するための情報、健康・医療・介護等のご相談を受ける際に役立つ情報としてお伺いするものです。差し支えない範囲でご記入下さい。
 なお、上記目的以外に使用することはありません。

受付番号	
端末番号	

(1) ひとり歩き高齢者等情報

フリガナ ※	ニイザ ハナコ		
氏名 ※	新座 花子		
性別 ※	(男・ <input checked="" type="radio"/> 女)	血液型	
生年月日 ※	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平 7年	●月 ●日	年齢 ※
電話番号 ※	(048) 481-△△△△	FAX ※	() -
フリガナ ※	ノビトメ		
住所 ※	〒 352-0011 野火止○-△-□		
	アパート・マンション名	号棟	部屋番号
自宅近くの目標 ※	近くにコンビニの○○があり、3軒先の家。住宅街のため、近隣に目標物なし。等		
病名	アルツハイマー病	アレルギー	<input checked="" type="radio"/> 有・無 (<input type="radio"/> エビ、卵)
健康状態	1 健康 <input checked="" type="radio"/> 2 健康に不安がある 3 寝たり起きたり 4 人工臓器使用中 5 身体の障がい(聴力・視力・言語) 6 その他()		
家族状況	1 独り暮らし 2 夫婦2人 <input checked="" type="radio"/> 3 2世代・3世代同居 4 その他()		
認知症の程度	1 ほとんど正常 <input checked="" type="radio"/> 2 多少の介護を要す 3 常に介護を要す 4 専門医療を必要とする		
歩行能力	1 さっさと歩ける <input checked="" type="radio"/> 2 ゆっくりしっかり歩ける 3 ふらふらして危ない		
ひとり歩き歴	令和元 年頃より	警察の保護歴	<input checked="" type="radio"/> 1 有 (<input type="radio"/> 3 回位) 2 なし
ひとり歩き頻度	<input checked="" type="radio"/> 1 2~3ヶ月に1回 2 1月に1回位 3 1月に2~3回 4 週に数回		
行動手段	1 徒歩 <input checked="" type="radio"/> 2 自転車 3 バス 4 電車 5 その他()		
行動癖 ()内は 具体的な地名	1 近所 (<input type="radio"/> 野火止の○○さん宅) 2 遠く () 3 知人宅 () 4 親族宅 (<input type="radio"/> 志木市の○○の△家) 5 昔の家 () 6 施設等 () 7 その他 ()		
立寄場所	1 デパート・スーパー <input checked="" type="radio"/> 2 レストラン・飲食店 3 本屋 4 釣具店 5 病院 <input checked="" type="radio"/> 6 駅 () 7 その他()		

(2) 探索を依頼される方 (家族・介護者)

	氏名 ※	高齢者等との続柄 ※	住所 ※	電話番号 ※
①	新座 太郎	長男	野火止○-△-□	(自宅) 048-481-△△△△ (携帯) 090-××××-△△△△
②	山田 新座	長女	東京都○○区××○-×-○	(自宅) 03-48○○-△△△△ (携帯) 080-××××-△△△△
③				(自宅) (携帯)
④				(自宅) (携帯)
⑤				(自宅) (携帯)

(3) 医療機関 (かかりつけ医)

医療機関	○△×病院	電話番号	(048) 481 - △△○○
住所	野火止×-△-×		
主治医	新座先生	診療科	神経内科
	夜間対応	(有・ <input checked="" type="radio"/> 無)	患者番号 100

医療機関		電話番号	() -
住所			
主治医		診療科	
	夜間対応	(有・無)	患者番号

(4) ご利用されている施設

	施設名	利用理由 (例) ショートステイのため	住所	電話番号
①	○○○○		野火止○-○-○	048-481-××△△
②				
③				

