

# 情報シート

( 年 月 日作成)

|                 |                            |                                      |           |                              |     |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|-----|
| 本人の状況           | フリガナ                       |                                      |           | 男・女                          | 写 真 |
|                 | 氏 名                        | (旧姓： )                               |           |                              |     |
|                 | 生年月日                       | 年 月 日 ( 歳)                           |           |                              |     |
|                 | 住 所<br>※入所中や長期入院中の場合は居所を記入 |                                      |           | ※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 |     |
|                 | 電話番号                       |                                      |           |                              |     |
|                 | 身体的特徴                      | 身長：                                  | c m       | 姿勢：                          |     |
|                 |                            | 体重：                                  | k g       | 体格： 太め ・ 普通 ・ やせ気味           |     |
|                 |                            | 頭髮：                                  | 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： )<br>(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：                                 |           |                              |     |
| 医療情報            | 事業所名：                      |                                      | TEL：      |                              |     |
|                 | 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： )<br>(TEL： ) |    |  |      |  |
|         |      | 特記事項：                              |    |  |      |  |
| 緊急連絡先 1 | フリガナ |                                    | 続柄 |  | TEL： |  |
|         | 氏名   |                                    |    |  | 携帯：  |  |
| 緊急連絡先 2 | フリガナ |                                    | 続柄 |  | TEL： |  |
|         | 氏名   |                                    |    |  | 携帯：  |  |
| 緊急連絡先 3 | フリガナ |                                    | 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防災無線や情報配信  
希望します ・ 希望しません

連絡・問合せ先

|            |               |
|------------|---------------|
|            | 電話            |
| 地域包括支援センター | 6 6 - 8 2 1 0 |
| 御嵩町保険長寿課   | 6 7 - 2 1 1 1 |