

ひとり歩き高齢者等状況調書

※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。

(1) ひとり歩き高齢者等情報

受付番号	
端末番号	

フリガナ ※			
氏名 ※	性別 ※	(男・女)	血液型
生年月日 ※	明・大・昭・平	年	月 日 年齢 ※
電話番号 ※	() -	FAX ※	() -
フリガナ ※			
住所 ※	〒		
	アパート・マンション名	号棟	部屋番号
自宅近くの目標 ※			
病名	アレルギー	有・無 ()	
健康状態	1 健康 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 3 2世代・3世代同居 4 その他 ()		
認知症・ひとり歩き状況	認知症の程度	1 ほとんど正常 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 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	年頃より	警察の保護歴 1 有 (回位) 2 なし
	ひとり歩き頻度	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 2 自転車 3 バス 4 電車 5 その他 ()	
行動癖 ()内は具体的地名	1 近所 () 2 遠く () 3 知人宅 () 4 親族宅 () 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 2 レストラン・飲食店 3 本屋 4 釣具店 5 病院 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				(自宅) (携帯)
②				(自宅) (携帯)
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		電話番号	() -
住所			
主治医	診療科	夜間対応	(有・無) 患者番号

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				
②				
③				