

## 認知症高齢者探索システム利用申請書

杉並区長 宛

申請年月日

年 月 日

次のとおり、杉並区認知症高齢者探索システム事業の利用を申請します。

申請にあたり、次のことに同意します。

- 1 区が認知症高齢者探索システム事業の資格要件確認、又は必要に応じ、住民記録情報・税情報・介護保険情報等、区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、区が委託した事業者から提供を受け、又はこれらに提供すること。

申請者 (介護者)	フリガナ		使用者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号	携帯		
(要介護者) 機器使用者	フリガナ		生年月日	
	氏名		大・昭 年 月 日( )歳	
	住所	杉並区		
	電話番号	携帯		
家族・親族等の状況	フリガナ 氏名	住所	電話番号	使用者との関係
申請理由	※記入必須			

高齢者在宅サービスをご利用の際、すでに口座登録のある方で口座登録情報の変更を希望される場合はお申し出ください。

記入者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	フリガナ		使用者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話			

## 使用者身体状況調書

申請年月日

年 月 日

フリガナ		記入者氏名																																	
使用者氏名			使用者との関係																																
<p>* 各項目の該当する□内にレ印をつけてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">1. 一人で外に出たがり目が離せない</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>2. 目的なく歩き回る</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>3. 自分の部屋、トイレ等を間違える</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>4. 外出して迷うことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>5. 簡単な日常会話にも支障がある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>6. 昼と夜の区別がつかない</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>7. 大声をあげて騒ぐ</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> <tr> <td>8. 家族、知人等を混同する</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> ない</td> </tr> </table>				1. 一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	2. 目的なく歩き回る	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	3. 自分の部屋、トイレ等を間違える	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	4. 外出して迷うことがある	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	5. 簡単な日常会話にも支障がある	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	6. 昼と夜の区別がつかない	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない	7. 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	8. 家族、知人等を混同する	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
1. 一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
2. 目的なく歩き回る	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
3. 自分の部屋、トイレ等を間違える	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
4. 外出して迷うことがある	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
5. 簡単な日常会話にも支障がある	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
6. 昼と夜の区別がつかない	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
7. 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																																
8. 家族、知人等を混同する	<input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない																																
<p>* 1人歩きの状態で該当する□内にレ印をつけてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;"><input type="checkbox"/> 特定の場所に行きたがる</td> <td style="width: 55%;"><input type="checkbox"/> 行きつけの場所でも迷う</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 目的・行先が不明</td> <td><input type="checkbox"/> 自宅を他人の家と思う</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 幻覚・妄想による徘徊</td> <td><input type="checkbox"/> 今いる場所がわからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (</td> <td>)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 特定の場所に行きたがる	<input type="checkbox"/> 行きつけの場所でも迷う	<input type="checkbox"/> 目的・行先が不明	<input type="checkbox"/> 自宅を他人の家と思う	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想による徘徊	<input type="checkbox"/> 今いる場所がわからない	<input type="checkbox"/> その他 (	)																								
<input type="checkbox"/> 特定の場所に行きたがる	<input type="checkbox"/> 行きつけの場所でも迷う																																		
<input type="checkbox"/> 目的・行先が不明	<input type="checkbox"/> 自宅を他人の家と思う																																		
<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想による徘徊	<input type="checkbox"/> 今いる場所がわからない																																		
<input type="checkbox"/> その他 (	)																																		
<p>* かかりつけ医はどなたですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">病院・医院名</p> <p style="margin-left: 40px;">医師名</p>																																			
<p>* 介護認定について該当する□内にレ印をつけてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 要介護1</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 要介護2</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 要介護3</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 要介護4</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> 要介護5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 要支援1</td> <td><input type="checkbox"/> 要支援2</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> 未申請</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 未申請																						
<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5																															
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 未申請																															