

情報シート

(年 月 日作成)

| | | | | |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------|---|
| 本人の状況 | フリガナ | | 男・女 | 写 真 ※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 |
| | 氏 名 | (旧姓：) | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 住 所 ※入所中や長期入院中の場合は 居所を記入 | | | |
| | 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 | |
| | | 頭髪： | 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：) (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）： | | | |
| 医療情報 | 事業所名： | TEL： | | |
| | 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：) (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愛情ねっとへの情報配信 | 希望します | 希望しません |
|-----------------------|-------|--------|

連絡・問合せ先

| | お住まいの小学校区 | 電話 |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|
| 中央地区地域包括支援センター (大牟田市役所本庁内) | 大牟田中央・大正・中友・ 白川・平原 | 4 1 - 2 6 7 6 |
| 手鎌地区地域包括支援センター (手鎌地区公民館内) | 明治・手鎌 | 5 9 - 6 0 2 0 |
| 吉野地区地域包括支援センター (吉野地区公民館内) | 上内・吉野・倉永 | 4 1 - 6 0 2 5 |
| 三池地区地域包括支援センター (三池地区公民館内) | 高取・三池・羽山台・銀水 | 4 1 - 5 5 0 6 |
| 三川地区地域包括支援センター (三川地区公民館内) | みなと・天領 | 4 1 - 5 2 9 8 |
| 駛馬・勝立地区地域包括支援センター (駛馬地区公民館内) | 駛馬・天の原・玉川 | 4 1 - 2 0 2 0 |
| 福祉課 総合相談担当 | | 4 1 - 2 6 7 2 |