

前橋市見守りキーホルダー登録事業チェックシート

登録者名

1 行方不明になる状況について（該当箇所すべてに☑をしてください）	
<input type="checkbox"/> 外出すると一人では戻れない <input type="checkbox"/> 慣れた場所でも迷ってしまう <input type="checkbox"/> 目的もなく外出しようとする <input type="checkbox"/> 目的もなく外出してしまう <input type="checkbox"/> 家の中をあてもなく歩きまわる	
2 行方不明になる頻度について（該当箇所に☑をしてください）	※この項目に☑がついた場合に事業の対象者になります。
<input type="checkbox"/> 今までに行方不明になったことはないが、今後に不安がある <input type="checkbox"/> 年に1回以上 <input type="checkbox"/> 月に1回以上 <input type="checkbox"/> 週に1回以上	
3 行方不明になることが多い時間帯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（午前 時頃、午後 時頃）	
4 過去の警察への捜索願の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回程度）	
5 一番初めに行方不明になった時期 年 月頃 または か月前頃	
6 主な移動手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車を運転する <input type="checkbox"/> その他（ ）	

7 登録者の特徴

身長:	cm	姿勢:	眼鏡: なし・あり(色・形:)
体重:	kg	体格:	頭髮: 長髪・短髪(色:)
特記事項(前住所・職業・よく行く場所・持ち歩くもの等)			
自分の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓()で答える <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を) <input type="checkbox"/> その時々で違う答え <input type="checkbox"/> 答えられない		
住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 出身地(実家)を答える ⇒ 出身地(実家): <input type="checkbox"/> 答えられない <input type="checkbox"/> その他()		
難聴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 耳元で話せば聞こえる <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない)		
介護保険の申請の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要支援・要介護)		
医療機関欄	かかりつけ医療機関	主治医名	持病
介護保険欄	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ	電話番号