

(表面)

おかえりネット登録票

| おかえりネットに登録する人 | | | |
|---------------|---|------|----------|
| 氏名 | フリガナ | | |
| | (男・女) | | |
| | 旧姓: | 愛称: | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 台帳番号 | |
| 年齢 | 歳 | 受付日 | 年 月 日 |
| 住所 | | 登録日 | 年 月 日 |
| | | 削除日 | 年 月 日 |
| 電話 | | 電子タグ | あり・なし |
| 体の特徴 | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 体型 | 太め・普通・やせ気味 | 面型 | ▽・○・□・○ |
| 髪型 | | 眼鏡 | なし・あり |
| 身体特徴 | (ほくろの位置、手術の痕、傷痕等) | | |
| 会話の能力 | | | |
| 名前 | 言える・言えない | 住所 | 言える・言えない |
| 電話番号 | 言える・言えない | | |
| 外出の状況 | | | |
| 散歩のルート・よく行く場所 | | | |
| 立ち寄る可能性がある場所 | | | |
| 行方不明の有無 | 行方不明になったこと <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 発見された場所 | 発見場所: (年 月頃) | | |
| 親族連絡先 | | | |
| 第1連絡先 | 氏名 | 続柄 | |
| | 住所 | 電話 | |
| 第2連絡先 | 氏名 | 続柄 | |
| | 住所 | 電話 | |
| かかりつけ医療機関 | | | |
| 医療機関名 | 電話 | | |
| 主治医氏名 | | | |
| 介護保険 | | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 | | |
| 居宅介護支援事業所 | 電話 担当ケアマネジャー: | | |

(裏面)

写真

【顔写真】撮影時期： 年 月頃

※無帽、正面で顔がよくわかるもの（おおむね胸から上）
※画像に傷、汚れがなく鮮明で個人識別ができるもの

【全身写真】撮影時期： 年 月頃

※無帽、正面で全身が映っているもの
※画像に傷、汚れがなく鮮明で個人識別ができるもの

備考

- 1 上記の内容に変更が生じた場合には、むつ市地域包括支援センターまで御連絡ください。
- 2 この登録内容は、おかえりネット以外の目的に使用することはありません。