

別紙

認知症外出見守り事業調査票

記入日 年 月 日

事業所名

記入者氏名

	氏名	住所	電話番号	
利用者	フリガナ			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別: 男・女	
	身体状況			
身体状況	身障手帳			
	既往症 (今までした大きな病気)		例) 胃の手術・ぜんそく 高血圧 等	
	起居状況等 (日常生活において身体の不安点)		例) 虚弱体質・難聴 等	
	血液型		型 RH	
医療機関	健康保険番号			
	後期高齢者医療保険番号			
	重度医療番号			
夜間・緊急時の対応	夜間・緊急時のため、下記のいずれかを選んでください。			
	<ul style="list-style-type: none"> ・会津医療センター (河東町谷沢字前田21-2) ・会津中央病院 (鶴賀町1-1) ・竹田綜合病院 (山鹿町3-27) 			
かかりつけ医	病院名	電話	科名	
介護サービス利用状況	介護認定	<input type="checkbox"/> あり (介護度:) <input type="checkbox"/> なし		
緊急連絡先	氏名	住所	電話番号	続柄
申請者				

※裏面にも調査項目がありますので、ご記入してください。

調 査 項 目

①名前を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> ときどき言えない	<input type="checkbox"/> 言えない
②住所を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> ときどき言えない	<input type="checkbox"/> 言えない
③生年月日を	<input type="checkbox"/> 言える	<input type="checkbox"/> ときどき言えない	<input type="checkbox"/> 言えない
④意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない <input type="checkbox"/> できない
⑤日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない

⑥独力で外出できる	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> できる
-----------	-------------------------------	------------------------------

⑦徘徊の状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある
--------	-----------------------------	-----------------------------

徘徊がある場合、状況を記入してください。
