

○緊急連絡先

連絡先	氏名	(続柄)	(自宅)
	住所		(携帯)
連絡先	氏名	(続柄)	(自宅)
	住所		(携帯)

○対象者の詳細情報

認知症等の有無	認知症の程度	軽度 ・ 中度 ・ 重度	
	自身の名前	言える ・ 言えない	
	自宅の住所	言える ・ 言えない	
	普段の様子 (顕著な症状等)		
	その他の障がい	障害者手帳 有 ・ 無 (有の場合： 級)	
徘徊歴	頻度		
	範囲	自宅周辺 ・ 町内 ・ 市内 ・ 市外 (範囲：)	
	以前保護された場所 (行きつけの場所)		
介護情報	介護認定	自立 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	
	居宅介護 支援事業所		担当者氏名
	利用サービス		
医療情報	かかりつけ医	(医療機関名) (主治医名)	
	疾患名	(発症時期) 年 月頃	
その他	<p style="text-align: center;">※警察での保護歴 (有 ・ 無 時期： 年 月頃)</p>		