

新規

中なかいいネ！見守りキーホルダー 登録申請書

平成 年 月 日

(申請先) 横浜市

地域ケアプラザ所長

(申請者) 氏名 (続柄: )

住所

電話

中なかいいネ！見守りキーホルダー登録を申請します。

ふりがな 本人氏名			性別: 男・女
生年月日	明治・大正・昭和:	年 月 日	(年齢 歳)
住所	〒 ー 横浜市 中区		
連絡先	電話:	FAX:	
緊急連絡先① ※必須	ふりがな 氏名:	続柄:	
	電話:	携帯電話:	
	住所:		
緊急連絡先②	ふりがな 氏名:	続柄:	
	電話:	携帯電話:	
	住所:		
かかりつけ 医療機関	名称:	電話:	診療科:
	名称:	電話:	診療科:
病歴等	高血圧症・脳卒中・心疾患・ペースメーカー・糖尿病・肝臓病・腎臓病		
	その他:	特記事項:	
介護保険認定	無 ・ 有 (要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)		
ケアマネジャー	無 ・ 有 事業所名: 担当者名: 電話:		
情報提供の同意	私は、中なかいいネ！見守りキーホルダー登録の趣旨に賛同し、横浜市 地域ケアプラザの指定 管理者が登録情報を管理し、横浜市 地域ケアプラザが必要と判断した場合には、救急隊、医療機 関、警察、区役所等に登録情報を提供することに同意します。 ※代筆する場合には、ご本人の了承を得て記入してください。		
	本人署名:	代筆者 氏名: 続柄:	
登録廃止の申出	申出者 氏名: 続柄:	申出理由(転居・入所・死亡・その他) 申出年月日 平成 年 月 日	

地域ケアプラザ 記入欄	登録者名簿・入力	キーホルダー	マグネット	登録番号
	※確認事項	○認知症 無・有(症状 ) ○中区徘徊高齢者等探してネットワーク登録 無・有		

