

# 下諏訪町オレンジネットワーク登録更新(変更)申請書

登録番号

下諏訪町

		更新申請日	年 月 日				
記入者	(ふりがな) 氏名	電話番号	( ) 自宅・携帯・その他( )				
	(ふりがな) 氏名	住所	〒				
登録者	住所	下諏訪町 番地	(行政区: )				
	出身地						
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生( 歳)	血液型	型
	旧勤務先			旧勤務先住所			
	ケアマネジャー	氏名:		事業所:			
	介護度	未申請	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			
	金銭管理	可・不可	担当民生委員				
	普段持ち歩く物						
	検索ツールの利用状況	1. 下諏訪町徘徊高齢者家族支援サービス事業(町貸与によるGPS端末機) 2. ほっとカード(下諏訪町社会福祉協議会実施によるキーホルダー) 3. 持ち物への名札取付(具体的に ) (例)靴、上着、ズボン、杖、帽子等 4. その他( ) (例)自費によるGPS携帯電話等					
	車両免許	有・無	→ 普段の移動手段	1 バス	2 タクシー	3 自転車	4 徒歩
	運転状況	可(車・バイク)・不可		車両ナンバー			
	かかりつけ医			かかりつけ病院			
	緊急度の高い既往歴 該当する番号に印をしてください	1 糖尿病	服薬状況 該当した病名の番号の横に使用中の薬名を記入してください	1			
2 脳疾患		2					
3 心疾患		3					
4 人工透析		4					
5 てんかん発作		5					
6 その他( )		6					

様式 5

登 録 者	趣 味 行きそ うな場 所	例： 登 山	場 所	八ヶ岳	場 所	場 所
	直近の行方 不明状況	発見場所			いつ頃	
	<u>あり</u> ・ なし	発見場所			いつ頃	

徘徊時における親族等連絡先 (あり・なし)			変 更 前			変 更 後		
	氏 名		続 柄			続 柄		
	住 所							
	電話番号	自 宅						
		携 帯						
	氏 名		続 柄			続 柄		
	住 所							
	電話番号	自 宅						
		携 帯						
	氏 名		続 柄			続 柄		
	住 所							
	電話番号	自 宅						
携 帯								

上記の内容につきまして、更新(変更)登録をお願いいたします。

記入者氏名

印

容姿が著しく変わった場合、及び の写真を1枚ずつ用意し、提出してください。  
(大きさ：縦13cm×横6cm)

肩より上の正面写真 撮影日： 年 月 日

全体が写っている正面写真 撮影日： 年 月 日

本用紙記入者は、登録内容に変更事項が生じたときは、その都度変更してください。  
本用紙記入者は今後、町より郵送される更新(変更)申請書を記入・修正し、指定された期間内に返信に努めてください。

下諏訪町オレンジネットワーク登録更新(変更)申請書

登録番号  
15-00

下諏訪町

		更新申請日	平成 28 年 9 月 30 日	
記入者	(ふりがな) 氏名	しもすわ たろう 下諏訪 太郎	電話番号	090 ( ) 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯・その他 ( )
	(ふりがな) 氏名	しもすわ はなこ 下諏訪 花子	住所	〒393-00 下諏訪町
登録者	住所	下諏訪町 番地 ××ハイツ 101号室(行政区: )		
	出身地	長野市大字南長野字幅下		
	生年月日	大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 10 年 8 月 10 日生 (80歳)	血液型	B 型
	旧勤務先	(株)××××製作所	旧勤務先住所	諏訪市
	ケアマネジャー	氏名: <del>介護</del> 次郎 <b>生活 要</b>	事業所:	居宅介護支援事業所
	介護度	未申請 <del>要支援 1・2</del> 要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2・3・4・5		
	金銭管理	可・ <input type="checkbox"/> 不可	担当民生委員	民生 一郎
	普段持ち歩く物	・赤い杖 ・黒ぶち眼鏡 ・ハンカチ ・懐中時計		
	検索ツールの利用状況	①. 下諏訪町徘徊高齢者家族支援サービス事業(町貸与による GPS 端末機) ②. ほっとカード(下諏訪町社会福祉協議会実施によるキーホルダー) ③. 持ち物への名札取付(具体的に 上着、ズボン、杖 ) (例)靴、上着、ズボン、杖、帽子等 ④. その他 ( ) (例)自費による GPS 携帯電話等		
	車両免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 → 普段の移動手段	1 バス 2 タクシー	<input checked="" type="checkbox"/> 3 自転車 <input type="checkbox"/> 4 徒歩
運転状況	可(車・バイク)・不可	移動速度の把握により検索範囲の目安となります。		
かかりつけ医	医師			
緊急度の高い既往歴 該当する番号に印をしてください	1 糖尿病	服薬状況 該当した病名の番号の横に使用中の薬名を記入してください	2	
	2 脳疾患		3	③ <del>ヘパリン</del> ・ワルファリン
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 心疾患		4	
	4 人工透析		5	⑤ ・メタルビタール ・プリミドン
	<input checked="" type="checkbox"/> 5 てんかん発作		6	⑥ ・ <b>ミルタザピン</b>
	6 その他( <b>抑うつ</b> )			
		発見時に緊急搬送が必要なときに確認がスムーズに行えます。		

介護度及び担当ケアマネジャーが変わった場合記入。

移動速度の把握により検索範囲の目安となります。

発見時に緊急搬送が必要なときに確認がスムーズに行えます。

様式 5

登 録 者	趣味 行きそうな場所	例：登山	場所	八ヶ岳	読書	場所	町図書館
		温泉	場所	乳頭温泉	畑仕事	場所	自分の畑
	直近の行方 不明状況	発見場所	商店（町内）		いつ頃	H27.9.15	
あり ・ なし	発見場所	商店（町内）		いつ頃	H27.7中旬		
	発見場所	××市役所 公園（茅野市）		いつ頃	H28.2.14 H26.7頃		

		変更前			変更後		
徘徊時における親族等連絡先 (あり・なし)	氏名	下諏訪 太郎	続柄	長男	更新時に直近で行方不明になった事がある場合、古い事例から新しい事例に書き換えてください。		
	住所	下諏訪町 -					
	電話番号	自宅	27 -				
		携帯	090 -	-			
氏名	諏訪 春子	続柄	長女	信州 秋子	続柄	次女	
住所	東京都江戸川区西葛西 マンション505号室			秋田県秋田市 -			
電話番号	自宅	03 -		018 - -			
	携帯	080 -					
氏名	万治 稔	続柄	弟		続柄		
住所	岡谷市長地						
電話番号	自宅	23 -					
	携帯						

上記の内容につきまして、更新（変更）登録をお願いいたします。

死亡、海外転出などによる連絡先の変更が生じた場合、新たに連絡先になれる方を記入していただくか、いないときは見え消しで『変更後』の欄は記入しなくて構いません。

記入者氏名 下 諏 訪 太 郎 印

容姿が著しく変わった場合、及び の写真を1枚ずつ用意し、提出してください。  
(大きさ：縦13cm×横6cm)

肩より上の正面写真 撮影日：平成 年 月 日

全体が写っている正面写真 撮影日：平成 年 月 日

更新の場合は、前回の申請内容が記載されております。  
内容を確認して頂き、修正が必要な場合は赤ペンで修正してください。

下諏訪町

		更新申請日	平成 27 年 2 月 13 日			
記入者	(ふりがな) 氏名	しもすわ たろう 下諏訪 太郎	電話番号	090 ( ) 自宅・ <input type="checkbox"/> 携帯・その他 ( )		
	(ふりがな) 氏名	しもすわ はなこ 下諏訪 花子	住所	〒393-00 下諏訪町 -		
登録者	住所	下諏訪町 番地 ××ハイツ 101号室 (行政区: )				
	出身地					
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生 ( 歳 )	
	旧勤務先	( )	旧勤務先住所			
	ケアマネジャー	氏名:	事業所:			
	介護度	未申請	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
	金銭管理	可・不可	担当民生委員			
	普段持ち歩く物					
	検索ツールの利用状況	1. 下諏訪町徘徊高齢者家族支援サービス事業 (町貸与による GPS 端末機) 2. ほっとカード (下諏訪町社会福祉協議会実施によるキーホルダー) 3. 持ち物への名札取付 (具体的に ) (例) 靴、上着、ズボン、杖、帽子等 4. その他 ( ) (例) 自費による GPS 携帯電話等				
	車両免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	→ 普段の移動手段	1 バス	2 タクシー	3 自転車
運転状況	可 ( 車・バイク )	・ 不可	車両ナンバー			
かかりつけ医			かかりつけ病院			
緊急度の高い既往歴 該当する番号に印を付けてください	<input checked="" type="checkbox"/> 1 糖尿病	服薬状況 該当した病名の番	1・インシュリン注射			
	<input type="checkbox"/> 2 脳疾患		2			
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 心疾患		3・ヘパリン・ワルファリン			
	<input type="checkbox"/> 4 人工透析					
	<input type="checkbox"/> 5 てんかん発					
	<input type="checkbox"/> 6 その他 ( )					

病気が完治したことで今まで使っていた薬を利用しなくなった場合は見え消しにしてください。  
 新たな疾病を患った場合は、追加して記入してください。

様式 5

登 録 者	趣 味 行きそ うな場 所	例： 登 山	場 所	八ヶ岳	場 所	場 所
	直近の行方 不明状況	発見場所	××市役所		いつ頃	H27.1.31
	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし	発見場所	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; color: red; text-align: center;">                     直近で行方不明になり発見された場合、発見された場所。                 </div>			
	発見場所					

徘徊時における親族等連絡先 (あり・なし)	変 更 前				変 更 後				
	氏名	続 柄				続 柄			
		住所							
		電話番号	自 宅						
	携 帯								
	氏名	続 柄				続 柄			
		住所							
		電話番号	自 宅						
	携 帯								
	氏名	続 柄				続 柄			
		住所							
		電話番号	自 宅						
携 帯									

上記の内容につきまして、更新(変更)登録をお願いいたします。

記入者氏名      下 諏 訪   太 郎   印

容姿が著しく変わった場合、及び の写真を1枚ずつ用意し、提出してください。  
(大きさ：縦13cm×横6cm)

肩より上の正面写真      撮影日：平成      年      月      日

全体が写っている正面写真      撮影日：平成      年      月      日

変更の場合は、太枠記入者の名前、電話番号、住所と登録者の氏名、住所を記入の上、変更箇所又は追加情報を記入してください。