

様式第 5 （第 5 条関係）

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市認知症等見守り活動利用登録申請書

見守り活動を利用したいので、鹿児島市認知症等見守りメイト活動等に関する実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

申請者	住 所			
	氏 名			
	見守り活動対象者との続柄			
	電 話 番 号			

見守り活動対象者	住 所	鹿児島市 丁目 番 号 (町 番地 号室)			
	氏 名				
	生年月日（和暦）	年 月 日	年 齢	歳	
	電 話 番 号				
	希望する見守り活動	(1) 生活状況の見守り (2) あいさつ及び声かけ (3) 家族からの相談に対する電話又は訪問による対応 (4) 話し相手 (5) その他 ()			

認知症等見守り活動利用登録に当たり、見守り活動対象者及び申請者の個人情報を見守り活動の実施に必要な範囲で、地域包括支援センター、認知症等見守りメイト、民生委員、居宅介護支援事業者その他関係者に提供すること及び関係者から収集することに同意します。

申請者または見守り活動対象者氏名

調査票

見守り活動対象者氏名

調 査 項 目	<p>1 住宅の形態</p> <p><input type="checkbox"/>ア 持ち家 <input type="checkbox"/>イ 借家 <input type="checkbox"/>ウ 公営住宅 <input type="checkbox"/>エ その他 ()</p> <p>2 家族構成</p> <p><input type="checkbox"/>ア 一人暮らし <input type="checkbox"/>イ 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/>ウ その他 ()</p> <p>3 認知症の診断及び治療の有無</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 診断名 ()</p> <p>治療内容 ()</p> <p>4 介護保険認定、サービス利用状況</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>申請中</p> <p><input type="checkbox"/>有 介護度 (事業対象者、要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)</p> <p>↓</p> <p>介護サービスの利用状況</p> <p><input type="checkbox"/>ア 利用している</p> <p>・サービス種別 ()</p> <p>・利用日 ()</p> <p>・担当ケアマネジャー 氏名 : 事業所名 :</p> <p>電話 : () -</p> <p><input type="checkbox"/>イ 利用していない</p> <p>5 日ごろの様子 (具体的な状態)</p> <p>ア 短期記憶 <input type="checkbox"/>問題あり <input type="checkbox"/>問題なし</p> <p>イ 意思決定 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>いくらか困難 <input type="checkbox"/>見守りが必要 <input type="checkbox"/>判断できない</p> <p>ウ 伝達能力 <input type="checkbox"/>伝えられる <input type="checkbox"/>いくらか困難 <input type="checkbox"/>具体的要求に限られる</p> <p><input type="checkbox"/>伝えられない</p> <p>エ 困っている症状</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>幻視・幻聴 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>昼夜逆転 <input type="checkbox"/>暴言 <input type="checkbox"/>暴行 <input type="checkbox"/>徘徊</p> <p><input type="checkbox"/>介護への抵抗 <input type="checkbox"/>火の不始末 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食行動</p> <p><input type="checkbox"/>性的問題行動 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>*チェックのついた内容を記入してください。</p> <p>[]</p> <p>オ 近所づきあいの状況</p> <p><input type="checkbox"/>親しく付き合っている <input type="checkbox"/>あまり親しく付き合っていない</p> <p><input type="checkbox"/>近所づきあいはない、またはトラブルあり</p> <p>カ かかりつけ医</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 かかりつけ医療機関名 :</p> <p>担当医師氏名 : 電話 : () -</p>
------------------	--