行方不明者状況確認票

記入日：平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  | | （ |  | | | | | | | ） |
| 性別 | 男　　・　　女 | | 被保険者番号 | | | | |  | | | |
| 生年月日（年齢） | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | （ |  | | 歳） | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 発生日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　） | | | | 午前　・　午後　　　　時　　　分 | | | | | | |
| 家族報告 | 済　・　未済（　　　　　　　　　　） | | | | 情報提供 | | | | 可 　・　 不可 | | |
| 届出（情報提供） | 警察　・　包括　・　地域密着型　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 行方不明時の  場所・状況 |  | | | | | | | | | | |
| 特徴 | 【身長】 |  | | | | | | | | | |
| 【体型】 |  | | | | | | | | | |
| 【髪型】 |  | | | | | | | | | |
| 【話し方】 |  | | | | | | | | | |
| 【その他】 |  | | | | | | | | | |
| 服装 | 【上】 |  | | | | | | | | | |
| 【下】 |  | | | | | | | | | |
| 【靴】 |  | | | | | | | | | |
| 【持ち物】 |  | | | | | | | | | |
| 【その他】 |  | | | | | | | | | |
| 認知症 | 有　・　無 | | 【名前】 | | | 言える　・　言えない | | | | | |
| 【住所】 | | | 言える　・　言えない | | | | | |
| その他  特記事項 | ※行きそうな場所，過去の保護歴など | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先 |  | | | |
| 【ＴＥＬ】 |  | 【ＦＡＸ】 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発信元（依頼者） |  | | | |
| 【ＴＥＬ】 |  | 【ＦＡＸ】 |  |

**送信先：調布市福祉健康部高齢者支援室介護保険担当**

**FAX番号：042-481-7028**