

宝達志水町認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業

事前登録申請書

万一の行方不明時の発見のため、次の情報を、官公署、地域包括支援センターその他協力する関係機関に対して提供することに同意します。 (希望するものに○)

- ・ 町内のみ提供希望（行政機関 ・ 警察 ・ SOSネットワーク協力関係機関）
- ・ 町以外にも広域的に提供希望（行政機関 ・ 警察 ・ SOSネットワーク協力関係機関）

宝達志水町長 様

申請日： 年 月 日

次のとおり、宝達志水町認知症高齢者等SOSネットワーク事業の事前登録を申請します。

ふり 氏 名	ふりがな (旧姓)	性 別	男 ・ 女
生年月日(年齢)	年 月 日(歳)		
住 所	宝達志水町		
電話番号			
特 徴 ※必ず写真を添付すること	【身長】 cmくらい 【体重】 kgくらい 【体型】 痩せ型 ・ 中肉 ・ 太り気味 【髪】 長髪 ・ 短髪 黒髪 ・ 白髪 ・ 茶髪 ・ 金髪 【癖等】 【その他】		
装用品・持ち物	【眼鏡】 有り ・ 無し (色・形) 【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		
特記事項 ※搜索の参考となる情報	行きそうな場所 (以前の居住地又は好きな場所)、過去の徘徊経歴等 外見又は行動の特徴		
かかりつけ医	医療機関名 :		医師名 :
担当ケアマネジャー	事業所名 :		ケアマネジャー名 :

【申請者】

ふりがな 氏 名		続 柄	
住 所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	

全身写真

顔写真