|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

様式第1号(第5条、第11条関係）

高齢者等ＳＯＳネットワーク事前登録票

申請日　　　　　　　年　　月　　日

１ 基本情報（登録者）

写真添付欄

（出来るだけ新しいもの）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　　所 | まんのう町 |
| 電話番号 | （　　　）　　　― |

２ 申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 続　　柄 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | 自宅（　　　）　　　― | 携帯電話（　　　）　　　― |
| 緊急時  連絡先 | 第１連絡先  氏名　　　　　　　　続柄  電話番号 | 第２連絡先  氏名　　　　　　　　続柄  電話番号 |

※ 緊急時連絡先には、日中に連絡がとれる人を記入してください。

３ 登録者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 | ｃｍ | | | 体型 |  | | | |
| 身体的特徴 |  | | | | | | | |
| 認知症の状況 | ・過去に徘徊したことが（ ある ・ ない ）  ・自分の名前を（ 言える ・ 言えない ）  ・自分の住所を（ 言える ・ 言えない ） | | | | | | | |
| よく行く場所 |  | | | | | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名（ 　　　　　　　　　　　　　）主治医氏名（　　　　　　　 　　） | | | | | | | |
| 介護保険の利用 | 有 ・ 無 | | ＧＰＳの所持 | | | | 有 ・ 無 | |
| 介護保険の利用  有の場合 | 居宅介護支  援事業所名 |  | | | | 担当ケアマネ  ジャー氏名 | |  |
| 注意事項 | 保護時に注意してほしいこと等 | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | |

同 意 書

まんのう町高齢者等ＳＯＳネットワーク事前登録票を提出するに当たり、次の事項について同意します。

１　　まんのう町高齢者等ＳＯＳネットワーク事前登録票により、まんのう町においてその情報が登録・管理されることについて同意します。

２　　まんのう町高齢者等ＳＯＳネットワークを通じて、登録者の早期発見等を行うため、協力員に対し、登録情報を提供することに同意します。

３　　登録者の発見時、保護時等において、関係機関と連携を図る必要がある場合は、必要に応じて、登録者の情報を関係者で共有することに同意します。

年 　　月 　　日

本　人　　 　　　　　　　　　　　　印

（代筆者氏名：　　　　　　　　　 ）

申請者 　　　　　　　　　　　　　　印