

年 月 日

稚内市長 工藤 広 様

稚内市認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク登録届

(いずれかにチェックをお願いします。)

事前登録

検索願時の登録

下記のとおり、登録の申出をいたします。

| | | | |
|-----|------------|--------|-------------|
| 届出者 | ふりがな 氏名 | 続柄 () | 連絡先 (自宅) |
| | 住所 | | (緊急時) |

※記入できる範囲で記載し、該当する項目に○をつけて下さい。

| | | | | | | |
|------------|--------------------|------------------|----------------------------|----------------------|---------------|--------------------|
| 対象者の 状況 | ふりがな | (旧姓) | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 氏名 | () | | 生年月日 | T・S 年 月 日 () | |
| | 住所 | | | TEL | () | |
| | 特徴 | 身長 | c m | 体重 | kg | 体格 太り気味・ふつう・やせ気味 |
| | | 頭髮 | ない・ある (白髪・白髪交じり・黒・その他 ()) | | | |
| | | 眼鏡 | 有 ・ 無 | | 歩行 の 状態 | 杖 : 日常使用・ときどき使用・不要 |
| | | 靴のサイズ | c m | 速さ: ゆっくり ・ ふつう ・ はやい | | |
| | その他の 身体的特徴 | | | | | |
| | 注意事項 | 対応に注意してほしいこと等 | | | | |
| | 現病歴 | 可能な範囲で記入 | | | | |
| | かかりつけ 医療機関 | 医療機関名: () | | | | (医師名:) |
| | 出身地 | 前住所 | | | 元職業 | |
| | 行方不明歴 | なし ・ あり (回程) | | | | 発見場所 (直近) (時期 年 月) |
| | 散歩のルート、 よく行く場所等 | | | | | |
| | 認知症の状況 | 【程度】 | 疑い ・ 軽度認知症 ・ 中度認知症 ・ 重度認知症 | | | |
| 【名前】 | | 言える ・ 言えない | | 【住所】 | 言える ・ 言えない | |
| 介護認定 | ない ・ ある | 居宅支援事業所: (担当: 様) | | | | |
| 緊急連絡先 1 | 氏名: | 続柄 () | TEL | - | - | |
| 緊急連絡先 2 | 氏名: | 続柄 () | TEL | - | - | |
| 緊急連絡先 3 | 氏名: | 続柄 () | TEL | - | - | |

SOSネットワークにおける顔写真の公表

公表する ・ 公表しない

※可能な限り服薬情報の添付を
お願いします。

【情報提供に係る同意欄】 ※ 同意の場合は、にレ点を入れ、署名をお願いします。

本登録届の内容について、警察署への情報提供及び行方不明発生時に稚内市認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク情報提供票(別記第6号様式)により関係機関等に情報提供を行うことに同意します。

行方不明を防ぐため、日常的に話しかけること、注視することその他の支援活動ができるように、町内会長等に、住所、氏名、年齢、性別の情報提供を行うことに同意します。

年 月 日

本人同意欄

印

代諾欄(家族等)

印

続柄 ()