（様式第１号）

　年　　月　　日

熱海市認知症高齢者等徘徊ＳＯＳネットワーク登録申請書

＜登録者の情報＞　　　　　　　　　　　　どこシル伝言板利用　　あり　・　なし

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | () | | 性　別 | | 男・女 | | 写　真  （全身写真あれば別添） |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　 年　 月　 日 （　　歳） | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 身　　長 | cmくらい | 体　重 | | kgくらい | | |
| 体　　型 | 肥　・　小肥　・　中肉　・　やせ | | | | | |
| め が ね | 有　・　無　（レンズ：　　　縁：　　　） | | | | | |
| 頭　　髪 | 長髪・短髪・その他（　　　）（色：　　　　） | | | | | |
| その他身体的特徴 |  | | | | | |
| 自分の氏名 | 言える　・　言えない | | | | | | 撮影日（　　　　　　） |
| よく行く場所 |  | | | | | | |
| 外出手段 | 徒歩・自転車・自家用車・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 所管地域包括支援センター | (センター名)　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） | | | | | | |
| かかりつけ医 | (医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  (主治医名) | | | | | | |
| 担当ケアマネ | (事業所名)　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  (ケアマネ名) | | | | | | |
| 緊急連絡先①  (身元引受人) | 住所  氏名　　　　　　　　　　登録者との関係（　　　　　） | | | | | Tel①  Tel② | |
| 緊急連絡先②  (身元引受人) | 住所  氏名　　　　　　　　　　登録者との関係（　　　　　） | | | | | Tel①  Tel② | |

＜所管警察署への情報提供に係る同意＞

　行方不明発生時に所管警察署との円滑な情報共有を図るため、上記の情報について、所管警察署に情報提供することに同意します。

　□　同意します　　□　情報提供は希望しません

＜申請者（同意者）＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | 登録者と  の関係 | |  |
| 住　　所 |  | | | | |
| 電話番号  （自宅） |  | 電話番号  (携帯電話) | |  | |