

潮来市長 様

潮来市高齢者等SOSネットワーク事前登録申請書

				申請日		年	月	日	
申請者	氏名			登録者との続柄					
	住所			連絡先電話番号		(携帯・自宅)			
登録者	氏名	男・女		氏名ふりがな					
	住所	潮来市							
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生	(歳)			
連絡先	連絡先1	氏名			続柄				
		住所							
		電話番号	自宅			連絡の優先順位 () 自宅 () 携帯			
			携帯						
	連絡先2	氏名			続柄				
		住所							
		電話番号	自宅			連絡の優先順位 () 自宅 () 携帯			
			携帯						
本人の状況	体格	身長	c m	体重	kg	名前を	言える・言えない		
	性格					住所を	言える・言えない		
	外見の特徴					認知症	有 ・ 無		
	搜索歴	有 ・ 無				眼鏡	有 ・ 無		
	搜索歴「有」の場合の発見場所・良く行く場所は								
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	歩行状態					自動車運転	可 ・ 否		
	居宅介護支援事業所 連絡先				かかりつけ医療機関 現病歴				
	担当ケアマネージャー				担当医師名				
	<p>私は、「潮来市高齢者等SOSネットワーク」登録にあたり、以下の事項について同意いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 地域包括支援担当課においてこの登録申請書を保管すること。 2 警察署で当該登録申請書の情報を共有すること。 3 徘徊等によりこの登録申請書の記載情報の使用が必要となった場合に、関係機関で当該記載情報を活用すること。 4 行方不明発生時には、防災無線や電子メールで本人の特徴・服装等の情報をお知らせすること。 5 必要に応じて関係機関とケアマネージャーや医療機関、民生委員が連絡調整をすること。 								
						申請者氏名		印	
受付印									

顔写真

全身写真