

滑川市認知症高齢者徘徊SOSネットワーク事前登録届

令和 年 月 日

(あて先) 滑川市長

申請者 住所 _____
 名前 _____ 続柄 _____
 電話 _____

利用者の徘徊発生時における早期発見に繋げるため、下記配信項目が協力団体へ情報提供されることに同意の上、認知症高齢者徘徊SOSネットワークの利用登録したいので申請します。

*配信項目

氏名 (姓)	性別	年齢	地区・校区	行方不明時の場所・状況等	特徴
顔写真の配信 : 希望する・希望しない(どちらかに○)					

*利用者の状況

ふりがな			生年月日	M・T・S	
氏名	男・女		年齢	年 月 日(歳)	
住所	〒 滑川市		地区・校区	電話	—
利用者の特徴	身長	cm位	体重	kg位	
	めがね	有・無	髪型		
	ひげ		体型	痩せ型・中肉中背・太り気味	
	名前	言える・言えない	その他 例)よく訪れる場所など		
	歩き方				
	杖の使用	有・無			
話し方					
申請の理由 (現在困っている状況)			世帯構成 (○をつけてください)	1. 一人暮らし 2. 高齢者のみの世帯 3. 子との同居 () 4. その他 ()	
認知症の有無	有・無	過去の徘徊	有 (頻度・場所など) ・ 無		
要介護度	未申請・申請中・自立・要支援 1・2・要介護1・2・3・4・5				
緊急連絡先	①氏名		続柄		
	住所		電話		
	②氏名		続柄		
	住所		電話		
居宅介護支援事業所					
担当ケアマネジャー					
主治医					
担当民生委員					

※写真は貼らずに添えてご提出ください
(できるだけ大きめ・正面からの写真をお願いします)

- 登録いただいた情報は、市地域包括支援センター及び滑川警察署で保管し、必要時に消防署に情報提供します。
- 登録事項の変更(特徴など)又は廃止(寝たきり・転居・死亡など)は、ご連絡ください。
- 事前登録届は、徘徊SOSネットワーク以外の目的に使用することはありません。