|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

様式第１号（第５条関係）

高齢者等見守りＳＯＳネットワーク事前（緊急）登録票

１　基本情報（登録者）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　年　　月　　日

写真貼付欄

（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 | 三豊市 |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ |

２　申請者（同意者）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  （日中連絡が取れるところ） | 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 | |

３　登録者情報（登録者）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 | ㎝ | | 体　型 | |  | |
| 身体的特徴 |  | | | | | |
| 認知症の状況 | ・過去に行方不明になったことが（　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 | | | | | |
| 三豊市高齢者等見守りＳＯＳネットワーク事前（緊急）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　三豊市高齢者等見守りＳＯＳネットワーク事前（緊急）登録票により、市及び警察署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　三豊市高齢者等見守り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、関係機関、協力事業所及び協力員に対し、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  　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（同意者） | | | | | | |