

登録番号

いなべ市徘徊SOSネットワーク事前登録(変更・廃止)申請兼登録票

No.

申請日

平成 年 月 日 ()

| | | | | |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 申請者氏名 | ふりがな ----- 本人との続柄() | | | |
| 住 所 | 県 | 市・郡 | 町 | |
| 申請者連絡先 | 自 宅 | () | | |
| | 携帯番号 | () | | |
| | 勤務先 | () | | |
| 申請者以外の 緊急連絡先 | 氏 名 () | 本人との続柄() | 電話: | |
| | 氏 名 () | 本人との続柄() | 電話: | |
| 本人の 状 況 | 登録者氏名 | ふりがな ----- 男・女 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 |
| | 住 所 | いなべ市 | 町 | |
| | 特 徴 | 身 長: | センチ | |
| | | 体 重: | キ ロ | |
| | | 体 格: | <input type="checkbox"/> やせ気味 ・ <input type="checkbox"/> 中肉中背 ・ <input type="checkbox"/> 太り気味 ・ <input type="checkbox"/> 小柄 ・ <input type="checkbox"/> 大柄 | |
| | | 眼 鏡: | <input type="checkbox"/> かけている ・ <input type="checkbox"/> かけていない ・ <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | 頭 髪: | <input type="checkbox"/> 白髪 ・ <input type="checkbox"/> 白髪まじり ・ <input type="checkbox"/> 黒髪 ・ <input type="checkbox"/> その他() | |
| | | 義 歯: | <input type="checkbox"/> 全部義歯 ・ <input type="checkbox"/> 一部義歯 ・ <input type="checkbox"/> 義歯なし | |
| | | 聴 力: | <input type="checkbox"/> 良い ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 悪い ※補聴器: 有・無 | |
| | | 本人特有のくせなど: [] | | |
| | 歩行の様子 | 杖: | <input type="checkbox"/> 使用している ・ <input type="checkbox"/> 使用していない 押し車: <input type="checkbox"/> 使用している ・ <input type="checkbox"/> 使用していない | |
| | | シルバーカー: | <input type="checkbox"/> 使用している ・ <input type="checkbox"/> 使用していない ・ <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 普 段 の 移 動 手 段 | 車の運転: | <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない バス: <input type="checkbox"/> 乗れる・ <input type="checkbox"/> 乗れない 電車: <input type="checkbox"/> 乗れる・ <input type="checkbox"/> 乗れない | |
| 単車: | | <input type="checkbox"/> 乗れる・ <input type="checkbox"/> 乗れない <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 過 去 の 徘徊歴 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ () | 自分の名前が | <input type="checkbox"/> 言える ・ <input type="checkbox"/> 言えない | |
| | ----- | | 自分の住所が | <input type="checkbox"/> 言える ・ <input type="checkbox"/> 言えない |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| かかりつけ の医療機関 | 主治医: () | 服薬している薬 | | |
| 持病等 | | | | |
| 現在係わりの ある関係機関 | 居宅介護支援事業所など: | | | |
| | 担当ケアマネジャー: | | | |

| 本人の生活歴 | 写真添付欄 |
|------------------------------|--------------------------------------------|
| | 添付する写真は1年以内に撮影したもので、顔がはっきりわかるものを貼り付けてください。 |
| | |
| | |
| | |
| 本人の日課 | |
| 例) AM 6:00 起床、 AM 6:20 散歩 | |
| AM 7:00 朝食、 AM 7:30 新聞を読む など | |
| | |
| | |
| | |
| 定期的に行く場所 | |
| 例) お墓、ゲートボール場、理・美容店(〇〇理容店)など | |
| ※ 出来るだけ詳細にご記入ください。(住所など) | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 個人情報の使用同意について |
|-------------------------------------------------------|
| 私は、「いなべ市徘徊SOSネットワーク」登録にあたり、実施機関(いなべ市役所長寿介護課)に登録票を保管し、 |
| 徘徊等によりこの登録票の記載内容(写真も含む)の使用が必要になった時は、関係機関(検索協力機関)および |
| 協力団体に情報提供を行うことに同意します。 |
| また必要に応じて、実施機関とケアマネジャー、医療機関、民生児童委員等と連絡調整することに同意します。 |
| 登録者氏名 _____ 印 (家族及び代理人 氏名 _____) |

※登録票の記入について、後日職員よりご連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

| 受付印欄 |
|------|
| |

| | |
|-----------|----------------------|
| 申請手続き受付機関 | (南 ・ 北) 地域包括支援センター |
| | 長寿介護課 |
| 受付者氏名 | |
| 最終受領者確認欄 | |