

登録番号：

## 豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業 事前登録届出書

豊見城市長 殿

豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業を利用したいので下記のとおり申請します。

		申請日	年 月 日
申請者	ふりがな 氏名	登録者との続柄	
	住所	電話番号	( 自宅 ・ 携帯 ・ その他 )

登録者	ふりがな 氏名			旧姓	
			名前以外の呼び名		
	住所	※過去の居住先( )			
	生年月日	年 月 日( 歳)	性別	男 ・ 女	
	電話番号	自宅：	携帯： ( GPS機能： 無 ・ 有 ) ※有の場合、必ず位置情報設定を行ってください		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子との同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
連絡先	第1連絡先	氏名		続柄	
		住所		電話番号	自宅： 携帯：
	第2連絡先	氏名		続柄	
		住所		電話番号	自宅： 携帯：

※所在不明となった場合に使用しますので、下記まで詳細にご記入ください。

身体的特徴	○体格：( 小柄 ・ 中肉中背 ・ 大柄 ・ やせ ・ 肥満 )		主な疾病・障害
	○身長                    cm、 体重                    kg		
	○髪型・髪色：( )		
	○顔の形：( ○ ・ △ ・ ▽ ・ □ ・ 卵型 ・ その他 )		
	○ホクロ・傷跡など： 無 ・ 有 ( )		かかりつけ医(歯科を含む。)
	○メガネ： 有 ・ 無		
	○その他の外見の特徴 (円背・すり足歩行・など )		電話番号：
服装・履物	※登録時に記載の必要はありません。		
	上衣： 下衣： 履物： 靴 ・ スリッパ ・ サンダル ・ 素足 ・ その他(                    色)		
認知症状	名前	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 旧姓(                    )で答える <input type="checkbox"/> 答えられない	
	住所	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 一部(市町村・番地など)で答える <input type="checkbox"/> 答えられない	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 答えられる <input type="checkbox"/> 時々違う答え <input type="checkbox"/> 答えられない	

認知症状	家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる(誰を ) <input type="checkbox"/> 時々違う答え <input type="checkbox"/> 答えられない		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> 一方的に話す <input type="checkbox"/> 会話不成立		
	記憶力	<input type="checkbox"/> 直前のことも忘れる <input type="checkbox"/> 前日のことは忘れる <input type="checkbox"/> 内容による		
	繰り返し話す内容			
道迷いに関わる状況	外出目的	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他( )		
	外出頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に何度か <input type="checkbox"/> 月に何度か		
	外出時間帯			
	外出範囲・ルート	<input type="checkbox"/> 隣近所 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 具体的な場所:		
	探索歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃: 時間帯:	発見場所: 発見者:
	警察保護歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃: どこで:	
	いつも持ち歩くもの	種類	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> その他	
	特徴			
【家族構成】		◎よく歩いている範囲(コースなど)		
【担当民生委員】		行きそうな場所、よく立ち寄る場所など		
電話番号:				
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	認知症高齢者日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV ※この欄は記載の必要がありません		
	利用サービス			
	居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
その他利用サービス				
<p>私は、豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業への登録にあたり、この個人情報について、豊見城市障がい長寿課、豊見城警察署が情報共有することに同意します。</p> <p>また登録票の記載内容の使用が必要になった場合には、協力機関(豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク)に情報提供を行うことに同意し、必要に応じて関係機関とケアマネジャーや医療機関、民生委員が連絡調整することに承諾します。</p> <p>登録者氏名: (代筆者氏名: 登録者との続柄: )</p>				

※本人の特徴がわかる写真(胸から上のもの及び全身のもの各1枚ずつ)必ず添付ください。

※申請事項に変更が生じた場合(寝たきり・転居・特徴など)は必ず連絡ください。

※事前登録届は、豊見城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業以外の目的で使用することはありません。

登録者名：

登録番号：【           】

【写真1】

ここに胸より上の写真を貼ってください。      撮影日：      年      月頃

【写真2】

ここに全身写真を貼ってください。      撮影日：      年      月頃

※写真は、胸から上のもの1枚、全身のもの1枚を必ず貼ってください。

※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。