様式第１号（第５条関係）

※登録番号：

琴浦町ＳＯＳ見守りネットワーク事前登録届出書

【届出日】　　年　　月　　日

【届出者】	（登録者との続柄　　）	個人情報の外部提供承認印
【住所】		
【連絡先】		

琴浦町認知症高齢者等ＳＯＳ見守りネットワーク事業を利用するにあたり、事前登録を届け出し、下記の事項に同意します。

【登録者情報】

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		男 女	生年月日　　（　　歳） Ｔ　・　Ｓ　・　Ｈ　　年　　月　　日	
住　所			連絡先	℡（自宅） （携帯）

【緊急連絡先】

連絡先１	氏名	（登録者との続柄　　）	男 女	生年月日　　（　　歳） Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日
	住所			℡（自宅） （携帯）
連絡先２	氏名	（登録者との続柄　　）	男 女	生年月日　　（　　歳） Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日
	住所			℡（自宅） （携帯）

【緊急時の登録票情報の取り扱いについて】

□町防災行政無線　　□あんしんトリピーメール
□隣接市町村防災行政無線

公開してもよい項目にチェックを書いてください。

□写真（警察署・消防署・消防団等捜索に関わる機関に公開）　　□氏名
□住所（行政区まで）　　□年齢　　□性別　　□裏面太枠情報

公開してもよい範囲にチェックを書いてください。

※上記にチェックがない場合でも捜索発生時に届出者が希望される項目・範囲に公開します。

● 本票は、琴浦町役場・所管の警察署で管理します。
緊急時及び行方不明の捜索等以外で本票の情報を他へ公開する事はありません。

様式第１号（第５条関係）

【登録対象者の状況】

身体的特徴	身長　　ｃｍ　体重　　kg（ やせ型　・　ふつう　・　肥満　）
	髪型　　メガネ着用の有無等
	その他（円背、すり足歩行、杖、老人車等の使用の有無など）
認知症等の有無	認知症　あり　（　軽度　・　中度　・　重度）　・　なし
	症状：
	その他障がい：
徘徊歴	頻度　：　あり　【　頻繁　・　週１回程度　・　月１回程度　・　季節毎（いつ　　）】　・　なし
	範囲　：　徒歩１５分程度　・　町内全域　・　町外（　　）
	以前に保護された場所：地図の添付

【その他の情報】

○自分の名前が　：言える　（理解できる氏名「　　」）・言えない

○自分の住所を　：言える　（理解できる住所　「　　」）・言えない

○日常会話に支障　：ある（　　）　・ない

○この１年以内に家に戻れなかったことが　　ある　・　ない

○屋外をあてもなく歩き回ることが　　ある　・　ない

○警察等に保護されたことが　　□　ある　・　ない

◎　よく歩いている範囲・コース、よく通っていた場所や実家、旧姓、本人が反応する事柄など。（地図の添付）

◎　緊急を要する既往症（人工透析治療を受けている、インスリン注射を１日３回しているなど）

（要介護認定）　：　自立　・　要支援（１　・　２）　・要介護（１　・　２　・　３　・　４　・　５）　・未申請

（居宅介護支援事業所）　　（ケアマネジャー氏名）

（利用中の福祉サービス等）

（かかりつけ医）

病院名　：　　（電話）　　主治医　：

治療中の病気　：

その他

様式第１号（第５条関係）

【登録対象者の写真】登録者名（　　）

【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
【写真2】	ここに全身写真を貼ってください 撮影日　：　　年　　月

※写真は、胸から上で顔がはっきりわかるものを１枚、全身のもの１枚を必ず貼って下さい。

※できる限り、最近撮影したものを貼って下さい。