

早島町認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク登録カード

早島町長 様

下記のとおり、事前登録を申請します。

申請者	氏名	(続柄:)	自宅	—	—
	住所	〒 —	携帯電話	—	—

対象者	氏名	ふりがな	生 年 月 日			性別
			明治・大正・昭和			男・女
		旧姓: 愛称:	年 月 日 (歳)			
		住 所		地区名	電 話 番 号	
		早島町			— —	
		家族構成	ひとり暮らし・同居 (世帯員:)			
		要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5			
		居宅介護支援事業所名	(担当者ケアマネジャー)	電話番号		
		かかりつけ医	有・無	病院名	病名	
		【本人の特徴等】				
		身長	Cm	体重	kg	名前
		体型	小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満		名	言える・言えない
		頭髪			外出	目的: 手段 よく行く場所: いつも持ち歩く物:
		メガネ	有・無		過去の徘徊歴	無・有 時期: 発見場所:
		その他の身体特徴			注意事項 その他	・対応で注意する事、サービス利用状況など
緊急連絡先	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:	
情報提供範囲	県内他市町村 <input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> SOS ネットワーク) <input type="checkbox"/> 不可 県外 <input type="checkbox"/> 可 (<input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> SOS ネットワーク) <input type="checkbox"/> 不可					

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

* 申請事項に変更が生じた場合は必ず連絡ください

(登録者氏名 :)

【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