|  |  |
| --- | --- |
| ［登録日］　　年　　　月　　　日 | ［登録番号］ |

様式第１号（第５条関係）

**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 | |
| 旧姓：　　　　　　　愛称： | | | | | | | | | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 | | | | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 | |
| 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 | | | * 未申請　　□　申請中　　□　要支援１・２　　□　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 | | ㎏ | | 名前 | | | 言える・　言えない | | | | | | | | 住所 | | 言える　・　言えない | | | |
| 体型 | | 小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満 | | | | | | | その他の認知症状 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　□　可　（□行政機関　　□SOSネットワーク　）　　□　不可  県外　　　　　　□　可　（□行政機関　　□SOSネットワーク　）　　□　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

（１）

（　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

（２）