

## 保土ヶ谷区徘徊SOSネットワーク登録申請書

登録No: \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

(申請先)  
横浜市保土ヶ谷区福祉保健センター長(申請者)  
氏名 続柄  
住所  
電話番号

保土ヶ谷区徘徊SOSネットワーク登録を申請します。

本人について	ふりがな 氏名	(旧姓)	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	血液型	型
	住所	横浜市 区	電話	
	特徴	身長: cm位 / 体格: 太っている・ふつう・やせている 体重: kg位 / 頭髪: ある(白髪・黒髪)・なし メガネ: あり・なし / 歯の状態: ひげ: あり・なし / 身体の特徴: 認知機能: <input type="checkbox"/> 名前: 言える・言えない <input type="checkbox"/> 住所: 言える・言えない <input type="checkbox"/> 年齢: 言える・言えない 特記事項: ※よく持ち歩く装飾品、よくでかける場所、前住所、出身地、地区民生委員、徘徊歴やその詳細、徘徊タグの有無など		
	ケアマネジャー	事業所名: (担当: )	電話	
	かかりつけ 医療機関	医療機関名: ( 先生)	電話	
	既往歴 内服状況等			
緊急連絡先1	氏名 続柄 住所 電話 自宅 ( ) 携帯・その他 ( )			
緊急連絡先2	氏名 続柄 住所 電話 自宅 ( ) 携帯・その他 ( )			
※ 緊急連絡先1に連絡が付かない場合に連絡させていただくことがあります。				
			受付者	

受理印

○ この情報を「神奈川県警察」に提供することを希望しますか。 (希望する・希望しない)

この情報を、区役所、居住地の地域包括支援センターに提供することに同意します。発見協力依頼をした場合、保土ヶ谷区徘徊SOSネットワーク協力依頼(兼解除)連絡票の内容が、区役所、区内地域包括支援センター、区が定めた発見協力機関等に情報提供されることに同意します。

同意者 署名 \_\_\_\_\_

## 保土ヶ谷区徘徊SOSネットワーク登録申請書

可能な限り、本人の特徴がわかる写真として、「顔写真」、「全身写真」の2枚を提出してください。

(氏名)

顔写真

全身写真