

## 認知症高齢者等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 区福祉保健センター長

(申請者)

氏名 続柄

住所

電話番号(自宅)

電話番号(携帯)

区認知症高齢者等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。			
登録申請受付場所				

○ 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、地域包括支援センター及び区内警察署等の区が定めた情報共有機関に提供することを同意します。発見協力依頼をした場合、行方不明認知症高齢者等SOSネットワーク協力依頼(兼解除)連絡票の内容が、区が定めた協力機関等に情報提供されることについて同意します。

同意者 氏名 \_\_\_\_\_

## 認知症高齢者等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。

顔写真

全身写真