

瀬谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書（兼 見守りシール事業利用申請書）

瀬谷区登録番号： — —

年 月 日

（申請先）

横浜市瀬谷区福祉保健センター長

（申請者）

ふりがな 氏名 続柄

住所 〒 —

電話番号（自宅） ( )

電話番号（携帯） ( )

1 瀬谷区認知症高齢者等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)	電話番号			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	血液型	型	性別 男・女	
	住所	区				
	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： <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">名前</span> 言える・言えない <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">住所</span> 言える・言えない <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">年齢</span> 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、行方不明による保護歴やその詳細など				
	ケアマネジャー	事業所名：	電話			
	かかりつけ 医療機関	医療機関名：	電話			
	認知症含む 既往歴					

※見守りシール事業の利用希望者は、緊急時に迎えに行ける連絡先（1か所以上）を記載。シールは申請者宛に送付します。

緊急連絡先①	申請者と同じ	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先②	ふりがな 氏名 <span style="float: right;">続柄</span> 住所 〒 電話 自宅 ( ) 携帯 ( )	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先③	ふりがな 氏名 <span style="float: right;">続柄</span> 住所 〒 電話 自宅 ( ) 携帯 ( )	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける

2 見守りシール事業の利用を希望しますか  希望する  希望しない

（裏面あり）

