

瀬谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録内容変更届 (兼 見守りシール事業利用内容変更届)

(申請先)

横浜市瀬谷区福祉保健センター長

年 月 日

(申請者)

瀬谷区登録番号
— —

ふりがな
氏名

続柄

住所 〒

電話番号 (自宅) ()

電話番号 (携帯) ()

1 申請内容に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

※ **太枠内** は必須記入となります。その他の部分は、変更がある部分のみご記載ください。

変更理由			
事由発生日	年	月	日
ふりがな 登録者本人氏名	電話番号	()	
住所			
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 : 名前 言える ・ 言えない 住所 言える ・ 言えない 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、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 住所 〒 電話 自宅 ()	続柄 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 住所 〒 電話 自宅 ()	続柄 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)

