

登録番号

別記様式第1号（第5条関係）

申請日：令和 年 月 日

城陽市認知症高齢者等SOSネットワーク事業登録票

○ 登録者の情報

フリガナ氏名	フリガナ(旧姓)	性別		写真
生年月日	大正・昭和 年 月 日			
住所	城陽市			
電話番号				
身長	cmくらい	体重	kgくらい	
体型	肥・小肥・中肉・やせ			
めがね	有・無 [レンズ: 縁:]			
頭髪	長髪・短髪・その他 [] [色:]			
歩行	独歩・杖使用・歩行器使用・その他 []			
所持品 <small>※日常的に持ち歩くもの</small>	財布 [有・無] 携帯電話 [有・無] その他 []			
交通手段	自転車 [可・不可] 自動車 [可・不可] バス [可・不可] 電車 [可・不可]			
意思疎通	氏名 [言える・言えない] 住所 [言える・言えない] その他 []			
よく行く場所				
徘徊歴	無・有 (自力帰宅・家族発見・警察保護)	発見場所		
その他特徴	※外見上の特徴、歩き方、話し方、口癖、その他本人を特定する上で有効な情報等			
かかりつけ医	(医療機関名) (主治医名)			
担当ケアマネ	(事業所名) (ケアマネ名)			

○ 申請者（同意者）及び緊急連絡先

連絡先① 申請者兼	フリガナ氏名		続柄	
	住所			
	電話番号 (自宅)	電話番号 (携帯電話)		
連絡先②	フリガナ氏名		続柄	
	住所			
	電話番号 (自宅)	電話番号 (携帯電話)		

※裏面の「情報提供に係る同意」を確認の上、ご記入ください。

※できる限り2名の記入をお願いします。（身元確認シールは申請者に送付します。）

●情報提供に係る同意

行方不明時の発見のため、上記の情報を基に別紙「城陽市行方不明認知症高齢者等発見協力依頼書」を作成し、官公署、地域包括支援センター、社会福祉協議会その他行方不明者の発見に協力する団体等に対し提供することに同意します。

<情報提供の希望範囲>（希望する範囲に「○」をつけてください）※行方不明時に要再確認

地域の範囲		機関等の範囲	
<input type="radio"/>	城陽市内	<input type="radio"/>	行政機関
	京都府内	<input type="radio"/>	地域包括支援センター
	他府県の隣接市町村		社会福祉協議会、介護保険事業所等
	近畿府県(福井県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県)		その他SOSネットワーク協力事業所等
	全国		インターネットによる不特定多数へ公表
	その他()		その他()