

大空町認知症高齢者等SOSネットワーク事前登録届

大空町認知症高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱に基づき、次のとおり事前登録の申出をいたします。登録内容について予め警察署及び選択したSOSネットワーク構成機関に情報提供を行い、行方不明発生時には、SOSネットワーク構成機関に情報提供を行うことについて同意します。

届出日	年 月 日	登録番号	
届出者 (同意者)	住所		
	氏名	⑨ 続柄 電話 ( )	
本人の 状況	フリガナ	家族構成図（主介護者等）	
	氏名		男・女 (旧姓 )
	生年月日		年 月 日 生 ( 歳)
	住所	電話 ( )	
	介護支援 専門員	事業所名 (担当 ) 電話 ( )	
	かかりつけ 医療機関	医療機関名 ( 医師) 電話 ( )	
	病名等		
	徘徊歴 発見場所		
	特 徴	身長： c m 姿勢：	
		体重： kg 体型： 肥満・小太り・普通・やせ	
頭髮： 眼鏡： 有・無			
氏名が 言える ・ 言えない		住所が 言える ・ 言えない	
特記事項：※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩く物など			
注意事項	※保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと等		
連絡先 1	住所 氏名 続柄 電話 ( )		
連絡先 2	住所 氏名 続柄 電話 ( )		
連絡先 3	住所 氏名 続柄 電話 ( )		
事前に情報提供をしておいてほしいSOSネットワーク構成機関を選択してください。	<input type="checkbox"/> 消防署 <input type="checkbox"/> 介護保険・障がい福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> 民生児童委員 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ハイヤー会社 <input type="checkbox"/> バス会社 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 郵便局 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 商工会 <input type="checkbox"/> 新聞店 ( ) <input type="checkbox"/> コンビニ ( )		

1. 本人の特徴が分かる写真を必ず提出してください。
2. 届出事項に変更が生じた場合（寝たきり・転居・特徴・死亡など）は、ご連絡ください。
3. 事前登録票は、SOSネットワーク以外の目的に使用することはありません。