

越前町徘徊高齢者等SOSネットワーク事前登録届

年 月 日

越前町長様

次の情報について協力機関へ提供することに同意し、越前町徘徊高齢者等SOSネットワーク事前登録を申請します。

申請者 住所 _____ 電話 _____
 (同意者) 氏名 _____ ㊞ 登録者との続柄 (_____)

登 録	(ふりが な) 氏名		性別	男 女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	越前町			電話	—
者 の 状 況	身長	cm位		写真添付		
	体重	kg位				
	名前	言える・言えない				
	髪型					
	眼鏡	有・無				
	血液型	A・B・AB・O				
	身体的特 徴					
	その他	よく行く場所等				
これまでの居住地・出身地等						
緊急連絡先		①氏名 _____ 続柄 (_____) 電話 _____ ②氏名 _____ 続柄 (_____) 電話 _____				
かかりつけ医		医療機関名 _____ 主治医氏名 _____				
介護保険の利用		有・無		介護保険の利用		居宅介護支援事業所
担当ケアマネジャー				有の場合		

- 1.本人の特徴が分かる写真を必ず添付してください。
- 2.届出事項に変更等があった場合は、ご連絡ください。
- 3.徘徊SOSネットワークを通じて、登録者の検索を行う場合には、協力機関に情報提供を行うことをご了承ください。
- 4.行方不明発生を未然に防止するために、警察等の機関に情報提供することがあります。
- 5.事前登録届は、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。