様式第1号（第6条関係）

**南越前町認知症高齢者等徘徊SOSネットワークシステム登録票**

　万一の行方不明時の発見のため、下記の情報を、官公署、地域包括支援センターその他協力する関係機関に対して提供することに同意します。（いずれかに○）

・居住市町内のみ提供希望　　　　・　居住市町以外にも広域的に提供希望

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名（ふりがな）** | （　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **旧姓（ふりがな）** | （　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **性別** | 男　・　女 | |
| **生年月日（年齢）** | 明　・　大　・　昭　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | |
| **住所** |  | |
| **電話番号** |  | |
| **特徴**  　※捜索の参考  　　となる情報 | 【身長】　　　　　　　　　　　　　　ｃｍくらい  【体型】　　　　やせ型　・　中肉　・　太り気味  【髪】　　　　　長髪　・　短髪　　　　黒髪　・　白髪　・　茶髪　・金髪  【癖など】  【その他】 | |
| **装用品・持ち物** | 【めがね】　　　あり　・　なし  （色・形　　　　　　　　　　　　　　　）  【その他】 | |
| **認知症** | 有　・　無 | |
| **名前** | 言える　・　言えない | **住所**　言える　・　言えない |
| **特記事項**  ※捜索の参考となる情報 | 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）、過去の徘徊経歴など  外見や行動の特徴 | |
| **かかりつけ医** | 医療機関名：　　　　　　　　　　医師名： | |
| **担当ケアマネ** | 事業所名：　　　　　　　　　　　ケアマネ名： | |

**【申請者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** |  | **続　　柄** |  |
| **住　　所** |  | | |
| **電話番号**  **（自宅）** |  | **電話番号**  **（携帯）** |  |

写真

写真