（様式第２号）

「南あわじ市における高齢者等の見守り・SOS ネットワーク事業」事前登録票

事前登録情報

【利用者情報】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和 　年 　月 　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | (ふりがな)氏 名： | 性別 | 男 ・ 女 |
| 旧姓 |  |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　 　年 　　月 　　日（ 　　　歳）　※年齢は登録時の年齢 |
| 住所 |  |
| 身体的特徴等※記入できる範囲で記載ください。※該当する項目に○を記入ください。 | 身長 | ㎝ | 顕著な痕跡 |  |
| 体重 | ㎏ |
| 体型 | 肥・小肥・中肉・痩せ | ほくろの位置 |  |
| 面型 | * ・ ▽ ・　 　・ □ ・ ○
 |
| 顔色 | 白 ・ 青白 ・ 普通 ・ 浅黒 ・赤 | その他 |  |
| 眼鏡 |  | 行動等の特徴 |
| 頭髪 |  | なまり |  |
| 血液型 | Ａ　・　Ｂ　・　ＡＢ　・　Ｏ　・　不明 | 対話癖 |  |
| 歯 | 全入歯　・　部分入歯 | 歩行 | 独歩　・　杖歩行 |
| 足のｻｲｽﾞ | 履物： 　　　　　　　　㎝ | 趣味・し好 |  |
| 散歩のルート、よく行く店、場所等 |  |
| 上記以外で、立ち寄る可能性があるところ |  |
| 認知症の状況 | 疑い ・ 軽度認知症 ・ 中度認知症 ・ 重度認知症【名前】　言える ・ 言えない 【住所】　言える　・　言えない |
| 特徴のある持ち物 |  |
| 行方不明時、発見協力依頼先(県経由せず)※広域発見協力は別途依頼 | 県を通じて依頼（　有　・　無　）他市町名：他都道府県名： |
| 情報共有先（希望先に○） | 協力機関　・　民生委員　・　民生委員協力員 |
| **見守りQRシールの配布について（いずれかに○）** | 希望する　・　希望しない※シールは1シート10枚交付します。 |

【利用サービス等の情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | 要支援　１　・　２　、　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ |
| 病 名 |  |
| 担当ケアマネ | 事業所名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：連絡先： |
| 利用サービス |  |

【家族・緊急連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| ☎ | 自宅　・　携帯：勤務先： |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  |
| ☎ | 自宅　・　携帯：勤務先： |

【情報提供意志確認】

私　・　家族等　　　　　　　　　　　　 は、下記の項目について同意します。

□ 事前登録情報（利用者情報）を高齢者等見守り・SOS ネットワーク関係機関で情報共有することに同意します。

□ 行方不明時において早期発見活動を行うため、上記の利用者情報をもとに防災メールへ情報発信することに同意します。

□ 行方不明時、事前登録時に希望している発見協力依頼先(県経由せず)の他市町、他都道府県への発見協力依頼をすることに同意します。

※ 翌日以降、発見できない場合の広域発見協力については、別途申請が必要です。

令和 　　年　　 月 　　日

利用者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署）

代筆者：　　　 　　　　　　　　　 　　　　　 続柄： 　　　　（自署）

電話：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 確認者　：

撮影時期： 　　年 　　月頃

写真【顔写真】 ※できるだけ直近のもの

撮影時期：　　 年 　　月頃

写真【全身写真】

※できるだけ直近のもの