

能勢町認知症高齢者等 SOS ネットワーク事前登録申請書

(撮影年：)

能勢町長 様

【申請日】 年 月 日

【申請者】

住所 _____

氏名 _____

登録者との続柄 (_____)

TEL _____

写 真

能勢町認知症高齢者等 SOS ネットワークの事前登録を申請し、下記の事項に同意します。

【事前登録者】

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住 所		Tel(自宅) (携帯)	

【緊急連絡先】

連絡先1	氏名	(対象者との続柄 _____)	性別	男・女
	住所		Tel(自宅) (携帯)	
連絡先2	氏名	(対象者との続柄 _____)	性別	男・女
	住所		Tel(自宅) (携帯)	

- 行方不明が発生した場合は、SOSネットワーク関係機関等に情報を提供します。
- 本申請書は能勢町役場で管理します。緊急時及び行方不明の捜索以外でこの申請書の情報を他へ利用する事はありません。
- SOSネットワークは、ご本人の早期発見に向けた事業ですが、必ずしも発見することを保証するものではありません。

【登録対象者の状況】

身 体 的 特 徴	身長	c m	体重	k g
	体格			
	髪型			
	その他			
障がいの有無	有 ・ 無	程度		
これまでの行方不明の有無	有 ・ 無	範 囲：町内・町外（ 以前保護された場所 （ ）		

【その他の情報】

- 自分の名前を：言える ・ 言えない
- 自分の住所を：言える ・ 言えない
- 日常会話に支障が：ある ・ ない
- この1年以内に家に戻れなかったことが：ある ・ ない

その他情報（本人のよく通っていた場所や実家、旧姓など、本人が好きな事柄など。）

(要介護認定)：要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)・未申請

(居宅介護支援事業所)

(ケアマネジャー氏名)

(利用中の介護サービス等)

(かかりつけ医)

病院名：

(TEL

)

治療中の疾患名：

その他