

平群町認知症高齢者等SOSネットワーク事前登録届

登録番号：

（提出先）平群町長

提出日 年 月 日

【申請者】

氏名

住所

電話番号



（撮影年 年）

平群町認知症高齢者等SOSネットワーク事業を利用するにあたり、下記の通り登録を申請します。

【登録者情報】

氏名	ふりがな (旧姓：)	男女	M・T・S 年 月 日 (歳)
住所	平群町	電話	自宅 携帯

【緊急連絡先】

連絡先1	氏名	ふりがな 登録者との関係()	男女	M・T・S 年 月 日 (歳)
	住所		電話	自宅 携帯
連絡先2	氏名	ふりがな 登録者との関係()	男女	M・T・S 年 月 日 (歳)
	住所		電話	自宅 携帯

【緊急時の申請情報の取り扱いについて】下記の事項に同意します。

公表してよい項目に☑して下さい。

※☑がない場合でも検索時に申請者が希望される場合は公開することができます。

<input type="checkbox"/>	写真	<input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/>	身体的特徴（裏面）
<input type="checkbox"/>	氏名	<input type="checkbox"/>	生年月日・年齢	<input type="checkbox"/>	認知症状の情報（裏面）

※本表は平群町役場で管理し、緊急時及び検索等以外で申請書の情報を他へ公開する事はありません。

【登録者の状況】

登録番号：

身体的特徴	身長	cm	体重	kg
	体格	やせている ・ ふつう ・ 小太り ・ 太っている		
	髪型			
	その他特徴			

認知症状の情報	認知症の有無	認知症あり（軽度 ・ 中等度 ・ 重度） ・ なし 普段の様子：
	外出状況	頻度：頻繁 ・ 週1回程度 ・ 月1回程度 ・ なし 範囲：近所程度 ・ 町内 ・ 町外（範囲） いつものお出かけルート： 以前に保護された場所：
	会話能力	自分の名前： 言える ・ 言えない 住所： 言える ・ 言えない 電話番号： 言える ・ 言えない 日常会話が： できる ・ できない
	その他の情報	（よく行く場所や本人が反応する事柄、いつも持ち歩く物など）

要介護認定：総合事業対象者 ・ 要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）・未申請	
居宅事業所	ケアマネジャー氏名
利用中のサービス・事業所名	
かかりつけ病院 主治医 治療中の疾患	電話
その他	