

神栖市長

様

神栖市認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事前登録票

				申請日		年	月	日	
申請者	氏名			登録者との続柄					
	住所			連絡先電話番号		(携帯・自宅)			
登録者	氏名	男・女		旧姓					
	住所	神栖市		ニックネーム					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日生	(歳)		
連絡先	第1連絡先	氏名			続柄				
		住所							
		電話番号	自宅			連絡の優先順位 () 自宅 () 携帯 () その他			
			携帯						
	その他								
	第2連絡先	氏名			続柄				
		住所							
		電話番号	自宅			連絡の優先順位 () 自宅 () 携帯 () その他			
			携帯						
	その他								
特徴	体格	身長	c m	体重	kg	名前を	言える・言えない		
	髪型・色					住所を	言える・言えない		
	外見の特徴					介護度			
	徘徊経験	有・無				その他			
社会サービス	居宅介護支援事業所 連絡先			かかりつけ医療機関					
	担当ケアマネージャー			担当医師名					
<p>私は、「神栖市認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク」登録にあたり、以下の事項について同意いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 地域包括支援担当課においてこの登録票を保管すること、 2 警察署で当該登録票の情報を共有すること。 3 徘徊等によりこの登録票の記載情報の使用が必要となった場合に、関係機関間で当該記載情報を活用すること。 4 必要に応じて関係機関とケアマネージャーや医療機関、民生委員が連絡調整をすること。 									
申請者氏名				印					
受付印	写真添付			あり・なし					
	ケアプラン日課表			あり・なし					

顔写真

全身写真