別記様式第１号（第５条関係）

（表）

栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク登録票

（宛先）栃木市長

　栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワークへの登録を次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 申請日 | 年　　月　　日 | |
| 申請者 | ふりがな  氏　名 | （自署しない場合は、記名押印してください。） | | | 登録者と  の関係 |  | |
| 住　所 |  | | | 電話番号 |  | |
| 登録者 | ふりがな  氏　名 |  | | | 性　別 | 男 ・ 女 | |
| 通　称 |  | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　歳） | | | | | |
| 家族構成 | 独居　・　高齢者世帯　・　家族と同居 | | | | | |
| 第一連絡先 | ふりがな  氏　名 |  | | | | 登録者と  の関係 |  |
| 住　所 |  | | | | | |
| 電話番号等 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| 勤務先 |  | ＦＡＸ、メール | |  | |
| 第二連絡先 | ふりがな  氏　名 |  | | | | 登録者と  の関係 |  |
| 住　所 |  | | | | | |
| 電話番号等 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| 勤務先 |  | ＦＡＸ、メール | |  | |
| 第三連絡先 | ふりがな  氏　名 |  | | | | 登録者と  の関係 |  |
| 住　所 |  | | | | | |
| 電話番号等 | 自宅 |  | 携帯 | |  | |
| 勤務先 |  | ＦＡＸ、メール | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者の特徴 | 身長 | ｃｍ | | 体重 | | ｋｇ | |
| 体格 | 小柄　・　中肉中背　・　大柄 | | | | | |
| 髪型 |  | | 眼鏡 | | 有　・　無 | |
| 聴力 | 良い　・　普通　・　悪い（補聴器　　有　・　無　） | | | | | |
| 外見の特徴 | ※写真の添付（　有　・　無　） | | | | | |
| 会話 | 名前を（ 言える ・ 言えない ）、住所を（ 言える ・ 言えない ） | | | | | |
| 過去の所在不明の有無 | | 有 　　 時期（　　　　　　　　　）発見場所（　　　　　　　　　）  　無 | | | | | |
| 歩行の様子 | | 杖　・　押し車　・　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 普段の移動手段 | | 徒歩 ・ シニアカー ・ 自転車 ・ 自動二輪車 ・ 自動車  バス ・ 電車 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 普段行く場所 | |  | | | | | |
| 既往歴 | | 病名 | 時期（　　　　　　　　　） | | | | |
| かかりつけ医 | | 医療機関 |  | | 医師氏名 | |  |
| 服薬中の薬 | |  | | | | | |
| 介護支援専門員 | | 事業所名 |  | | 担当者氏名 | |  |
| 要支援（ 　）・　要介護（　　） | | | 電話番号 | |  |
| その他 | | ※保護対応時に注意すること。 | | | | | |
| 同意書  栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワークの登録に当たり、次に掲げる事項について同意します。  １　市及び栃木警察署が登録票を保管すること。  ２　栃木市認知症高齢者等ＳＯＳネットワークを通じて登録者の捜索を行う場合に、協力機関に対し、登録票の情報を提供すること。  ３　市が、登録票の情報を登録者の支援業務に用いること。  　　同意者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（登録者との関係　　　　　　　）  （自署しない場合は、記名押印してください。）  　(注)　意思能力を有していないことにより登録者本人の同意を得ることができない場合のみ、保  　　　護者の同意によることができます。 | | | | | | | |

（裏）