

SOSネットワークかどがわ登録票

門川町長 様

年 月 日

【 申請者 】 住 所 _____

氏 名 _____

登録者との関係 _____

(自宅) ()-()-()

電話番号

(携帯) ()-()-()

登録者	(ふりがな) 氏名	男 女	生年月日 (年齢)	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
	住所	門川町			
	世帯構成	ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 (同居者氏名: _____ 続柄: _____)			その他の同居者 (主たる介護者氏名: _____ 続柄: _____)
	特徴	身長	cmくらい	体 重	kgくらい
		めがね	有 ・ 無	体 型	痩せ型・中肉中背・太り気味
		ひげ	有 ・ 無	頭 髪	有(白髪・黒髪・その他)・無
		姿勢	ふつう ・ 猫背	杖等の使用	有()・無
		名前	言える ・ 言えない	その他 (行動ほか)	
		住所	言える ・ 言えない		
	特記事項	* 出身地・前住所・旧姓・名前以外の呼び名等			
認知症の有無	有 (重度 ・ 中度 ・ 軽度) ・ 無				
過去の徘徊歴	有 ・ 無 * ある場合は、行き先・発見場所等				
よく行く場所・持ち歩く物等					
申請者以外の連絡先	* 第1連絡先 氏名		登録者との続柄		
	住所				
	電話番号	自宅	()-()-()		
		携帯	()-()-()		
	* 第2連絡先 氏名		登録者との続柄		
	住所				
電話番号	自宅	()-()-()			
	携帯	()-()-()			

甲	町 長	副町長	課 長	補 佐	係 長	係 員	担当者



对象者名：

写真：顔

写真：全身