

SOSネットワークかどがわ登録票

年 月 日

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 * ある場合は、行き先・発見場所等を記載	無 ・ 有()					
よく行く場所・持ち歩く物等						
連絡先	第1(申請者)連絡先	氏名			続柄	
		住所				
		電話番号	自宅	()-()-()		
	携帯		()-()-()			
	第2連絡先	氏名			続柄	
		住所				
電話番号		自宅	()-()-()			
	携帯	()-()-()				
その他	見守りシールの配布について	希望する ・ 希望しない ※耐洗ラベル 40 枚、蓄光シール 10 枚を配布します。		門川町記入欄	介護保険	<input type="checkbox"/> 門川町 <input type="checkbox"/> 町外
					住所	<input type="checkbox"/> 門川町 <input type="checkbox"/> 町外
					生活環境	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等
					認知症診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

門川町長 様

私は、「門川町高齢者等見守りSOSネットワーク事業」の登録にあたり、登録者が徘徊等によりこの登録票の記載内容が必要になった場合は、関係機関及び協力事業所に情報提供を行うことに同意します。

申請者氏名:

印

对象者名：

写真：顔

写真：全身