

# 福崎町認知症高齢者等見守り・SOS ネットワーク事業事前登録情報

## 利用者情報

年 月 日現在

ふりがな 氏 名	性 別		男 ・ 女	
	旧 姓			
	普段の呼び方			
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳) ※年齢は登録時の年齢			
住 所				
身 体 的 特 徴 等  ※記入できる 範囲で記載 ください。  ※該当する 項目に○を 記入くださ い。	身長	cm	体重	kg
	体型	小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満		
	脸型	△・▽・○・□・○・その他		
	顔色	白・青白・普通・浅黒・赤		
	眼鏡	無・有(色 形 )		
	頭髪	( )		
	ほくろ	( )		
	傷跡	( )		
	歯	全入歯 ・ 部分入歯 ・ 自分の歯		
	足のサイズ	cm		
血液型	A ・ B ・ AB ・ O ・ 不明			
その他	( )			
普段の 服装履物 等の特徴	上 衣： 下 衣： 履 物： 持ち物：			
散歩のルート、よく行く店、場所等				
行方不明の有無 発見された場所(時期)	【行方不明になったこと】なし・ある( 年 月頃) 【発見場所】			
認知症の状況	【程度】疑い・軽度認知症・中度認知症・重度認知症 【名前を】言える・言えない 【住所を】言える・言えない			
医療面・対応等で気をつけなければならないこと	時間経過による症状悪化の恐れのある場合の連絡事項や保護した場合の対応等で気をつける事等。			

**【行方不明時の発見協力依頼先】** ※登録時の希望依頼先：行方不明時に、再度確認します。

すぐに近隣市町等へ発見協力依頼する場合の依頼先	他市町名： 他都道府県名：	市町 直接
上記、依頼しても発見しない場合の広域発見協力依頼先	他都道府県名： ※別途申請必要	県 經由

**【利用サービス等の情報】**

要介護度	要支援 1 ・ 2      要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
病 名				
担当ケアマネジャー	事業 所名		氏 名	
利用サービス				
民生委員氏名				

**【写真】** 別途添付可

撮影時期： 年 月頃

写真(直近のもの)【顔写真】

- ※無帽、正面で顔がよくわかるもの（おおむね胸から上）
- ※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人識別ができるもの

撮影時期： 年 月頃

写真(直近のもの)【全身写真】

- ※無帽、正面で全身が写っているもの。
- ※画像に傷・汚れがなく鮮明で個人識別ができるもの