

こまつ認知症ほっとけんSOSネット事前登録書

万一の行方不明時の発見のため、下記の情報を、官公署、地域包括支援センター、その他協力する関係機関に対して提供することに同意します。

また、認知症賠償保険の加入、みまもりあいステッカーの利用にあたり必要な情報を関係機関へ提供することに同意し、こまつ認知症ほっとけんSOSネットに登録を申請します。

【申請者】

申請日： 年 月 日

ふりがな 氏名	(印)	続柄	
住所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	

【利用者情報】

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
旧姓・呼び名		電話番号	
住所	〒 小松市		
特徴	【身長】 cmくらい 【体型】 やせ型・中肉・太り気味 【髪】 長髪・短髪 黒髪・白髪・茶髪・金髪 【めがね】 あり・なし (色・形) 【その他 癖など】		
特記事項 ※検索の参考 となる情報	行きそうな場所 (以前の居住地や好きな場所)、過去の徘徊経歴、治療中の疾病 (内服状況) など		
認知症	有・無		
意思表示	名前	言える・言えないときがある・言えない	
	住所	言える・言えないときがある・言えない	
かかりつけ医	医療機関名：	医師名：	
担当ケアマネジャー	事業所名：	ケアマネジャー名：	

【みまもりあいステッカー登録連絡先】 申請者と同じ

連絡先 ①	ふりがな 氏名	(続柄)	連絡先 ②	ふりがな 氏名	(続柄)
	住所		住所		
	電話番号		電話番号		

緊急連絡転送ID： _____

写真

写真