

## 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)	ふりがな 氏名	(続柄)
	住所		住所	
	電話番号		電話番号	
②				

緊急連絡転送ID： \_\_\_\_\_

写真

写真