様式第１号（第６条関係）

七ヶ浜町はいかい高齢者ＳＯＳネットワークシステム登録申請書

　登録日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | 対象者との続柄 |  |
| 申請者住所 |  | | | |
| 連絡先  (電話) | 自宅 | 携帯 | | 職場(　　　　　　　) |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 介護者 | 備考 |
| ＊ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

【家族状況（＊印：はいかいのおそれのある高齢者（対象者））】

【対象者の状況】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  対象者氏名 |  | |
| かかりつけ医 | 院名： | （電話：　　　　　　　　　） |
| 主治医： |  |
| 介護保険 | 介護認定 | 認定なし　・　要支援（　　　）　・　要介護（　　　） |
| 事業所 |  |
| ケアマネ |  |

【過去のはいかい歴など】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 状況 | 発見場所 | 発見者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

上記の情報及び七ヶ浜町はいかい高齢者ＳＯＳネットワークシステム連絡用紙（様式第２号）記載の情報を、七ヶ浜町はいかい高齢者ＳＯＳネットワークシステムにおいて、関係機関に提供することに同意します。

　　　　　　年　　月　　日

　同意者：　　　　　　　　　　　　　　　印　　(対象者との続柄：　　　　　　　)

※　この情報は、個人情報の保護に十分配慮し「七ヶ浜町はいかい高齢者ＳＯＳネットワークシステム」の運用以外の目的に利用しません。

※　登録申請書及び連絡用紙は、七ヶ浜町健康増進課（地域包括支援センター）において原本を保管

します。

様式第２号（第６条関係）

七ヶ浜町はいかい高齢者ＳＯＳネットワークシステム連絡用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  | | 性別 | 男　・　女 | | |  |
| 旧姓 |  | | 旧住所 |  | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　　月　　　　日 | | | | 年齢 | 満　　　　　歳 | |
| 住所 | 七ヶ浜町　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 行動の特徴(よく行く場所)  過去のはいかい歴など | |  | | | | | |
| 写真添付 | | | 特徴 | | | | |
| 身長 | cmくらい | | | |
| 体型 | やせ型・普通・軽肥満型・肥満型 | | | |
| 顔型 | 卵・丸・面長・（　　　　　　　） | | | |
| 頭髪 | 長髪・短髪・パーマ・丸刈り  その他(　　　　　　　　　　) | | | |
| 黒髪・白髪 | | | |
| めがね | なし・あり | | | |
| ヒゲ | なし・あり(長い・短い) | | | |
| 歩き方 |  | | | |
| コミュニケーション | 会話　　　　　できる・できない | | | |
| 自分の住所を　言える・言えない  自分の氏名を　言える・言えない | | | |

連絡日時：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在不明日時 | | 年　　月　　日(　　　曜日)　午前・午後　　　時　　分 | | |
| 所在不明になったときの着衣  　　上衣　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　下衣　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　はきもの　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 所持金 |  | | 荷物 |  |
| 所在不明  になった場所 |  | | | |
| 所在不明  になった経過 |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 解除日時 | 年　　月　　日(　　　曜日)　午前・午後　　　時　　分 |
| 解除理由 |  |
| 発見時の連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　住所： |

【不明時の状況】

担　　当　■七ヶ浜町健康増進課（地域包括支援センター）　■七ヶ浜町役場（当直室）

　　　　　　（平日8：30～17：15）　　　　　　　　　　　（土・日・祝日・平日の17：15以降）

　　　　　　TEL022-357-7447　FAX022-357-2118　　　　　　TEL022-357-2111　FAX022-357-5744