

登録番号

桐生市認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク 登録票

		申請日		年 月 日		
登録者	氏 名	(旧姓)		氏名公表可否	可 ・ 否	
	住 所	桐生市				
	生年月日	年 月 日 (歳)		性 別		
申請者	氏 名			続 柄		
	住 所			電話番号		
連絡先	*(申請者と異なる場合) 搜索発見時の連絡先	氏 名			続 柄	
		住 所				
		連絡先	自 宅			連絡先の優先順位 ()自 宅 ()携 帯
			携 帯			
その他連絡時必要事項						
本人の状況	身 長	cm	体 格	やせ ・ 普通 ・ ふくよか		
	頭 髪	短髪()・長髪()・その他()				
	世帯構成	一人暮らし・高齢者世帯・子との同居()・その他()				
	認知症の診断の有無	有 ・ 無		徘徊歴	回	
	かかりつけ医			病歴・症状		
	担当居宅介護支援事業所			電話番号		
	担当地域包括支援センター			電話番号		
特記事項						
<p>私は、登録者の「桐生市認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク」登録にあたり実施機関(桐生市役所、新里支所、黒保根支所、地域包括支援センター、桐生警察署)に登録票を保管し、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(搜索要請機関)に情報提供を行うことに同意します。また、必要に応じて実施機関とケアマネジャーや医療機関等が連絡調整することを了承します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>						
群馬県警察事前登録			見守りシール			

<添付書類>

写真を貼ってください。(出来るだけ新しいもの)