

西条市長 殿

西条市徘徊高齢者見守りネットワーク事業
「認知症まもりねっと」事前登録申請書

私は、登録者が行方不明になった際に早期発見及び早期保護につなげるために、次のとおり個人情報情報を提供し、西条市徘徊高齢者見守りネットワーク事業「認知症まもりねっと」の事前登録を申請します。

また、提供した個人情報情報を西条市が事前に警察署に提供するとともに、登録者が行方不明となった際には「西条市安全・安心情報お届けメール」により配信することを承諾します。

この申請書及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを宣誓します。

【申請者】住 所

氏 名

電話番号（ ） —

（登録者との続柄 ）

本人の同意あり

本人の同意を得ることはできないが、本人の安全確保のため申請

【登録者】

ふりがな				性 別	生 年 月 日	
氏 名				男・女	明治 大正 昭和	年 月 日(満 歳)
住 所	〒 西条市			世帯 構成	独居 ・ 高齢者のみの世帯 子と同居・その他()	
特 徴	身長	cm	体 重	kg	体型	肥満 ・ 普通 ・ やせ気味
	頭髪	白・白髪交り・黒・薄い			眼鏡	無 ・ 有(色)
	会話	《名前》 言える ・ 言えない 《住所》 言える ・ 言えない				
	移動手段	自動車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他()				
かかりつけ医						
介 護 情 報	介護度	支援() ・ 介護() ・ 申請中 ・ 未申請				
	事業所名	担当：				
緊 急 連絡先	①氏名	(続柄：)			電話 番号	自宅： 携帯：
	②氏名	(続柄：)			電話 番号	自宅： 携帯：

生活状況	認知症状が出始めた時期	年	月ごろ
	徘徊が始まった時期	年	月ごろ
	徘徊の頻度	回 /	
	過去の発見場所・状況		
	現在の状況・困っていること		

注 3 か 月 以 内 に 撮 影 し た も の	写真（全身）
	写真（顔）

【地域包括支援センターの訪問を 希望する 希望しない】

希望する場合の連絡先 氏名 _____ (続柄: _____) 電話番号 _____

※ 市が記載

受付（受付場所）	年 月 日 ()
登録番号	みまもりねっと No.