

様式第1号（第4条関係）

豊岡市認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク事前登録届

年 月 日

豊岡市長 様

(届出者) 住所

氏名

利用者との続柄 ( )

電話番号

次のとおり事前登録の申出をいたします。

**【利用者情報】**

(ふりがな) 氏 名			性別	男・女
			旧姓	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳) ※年齢は登録時の年齢			
住 所				
身体的特徴等 ※記入できる範囲で記載ください。 ※該当する項目に○を記入ください。	身長	cm	歯	全入歯・部分入歯
	体重	kg	その他身体的特徴	
	体型	肥・小肥・中肉・痩せ		
	面型	△・▽・○・□・○	行動等の特徴	
	顔色	白・青白・普通・浅黒・赤	なまり	
	眼鏡	なし・あり	対話癖	
	頭髮		歩行	独歩・杖歩行
	血液型	A・B・AB・O・不明	移動手段	徒歩・自転車
	足のサイズ	履物： cm		車 (ナンバー： )
顕著な痕跡		(色： )		
ほくろの位置			(車種： )	
散歩のルート、よく行く店、場所等				
上記以外で、立ち寄る可能性があるところ				
行方不明の有無 発見された場所 (時期)	【行方不明になったこと】ある・なし 【発見場所】 ( 年 月頃)			
認知症の状況	【程度】 疑い・軽度認知症・中度認知症・重度認知症 【名前を】 言える・言えない 【住所を】 言える・言えない			

**行方不明時の発見協力依頼先** ※登録時の希望依頼先:行方不明時には、再度確認します。

すぐに近隣市町等へ発見協力依頼する場合の依頼先	他市町名：	市町直接
	他都道府県名：	
上記、依頼しても発見しない場合の広域発見協力依頼先	他都道府県名：	県経由
※別途申請必要		

**【利用者サービス等の情報】**

要介護度	要支援1・2、要介護1・2・3・4・5
病名	
担当ケアマネジャー	事業所名： _____ 氏名： _____ 連絡先： _____
利用サービス	

**【家族・緊急連絡先】**

氏名		続柄		氏名		続柄	
住所				住所			
☎	自宅・携帯： 勤務先：			☎	自宅・携帯： 勤務先：		

**【情報提供意志確認】**

私・家族等 \_\_\_\_\_ は、下記の項目について同意します。

- 事前登録情報（利用者情報、利用者サービス等情報、家族・緊急連絡先）を豊岡南警察署、豊岡北警察署、豊岡市消防本部、認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク事務局（豊岡市高年介護課）で情報共有することに同意します。
- 日頃の地域での見守りを行うために、利用者情報を市内の地域包括支援センター等関係機関に情報提供することに同意します。
- 行方不明時において早期発見活動を行うため、防災行政無線及びとよおか防災ネットで情報発信することに同意します。
- 行方不明時において早期発見活動を行うため、上記の利用者情報をもとに「行方不明者の発見協力依頼票」を作成し、豊岡市内の認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク構成員へ情報発信することに同意します。
- 行方不明時、事前登録時に希望している発見協力依頼先(県経由せず)の他市町、他都道府県への発見協力依頼をすることに同意します。
- 発見協力依頼後、自力で帰宅もしくは発見した場合は、速やかにその旨を発見協力依頼先に連絡し解除依頼することに同意します。

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

利用者： \_\_\_\_\_ (自署)

代筆者： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ (自署)

電 話： \_\_\_\_\_

※市記入欄	登録年月日	登録番号	情報共有機関	同意確認者
		豊岡市	<input type="checkbox"/> 消防本部 <input type="checkbox"/> 豊岡南警察署 <input type="checkbox"/> 豊岡北警察署	

