

美郷町認知症SOSおたすけネットワーク登録票

美郷町認知症SOSおたすけネットワークを利用したいので下記のとおり登録します。

		申請日	令和	年	月	日
申請者	氏名	登録者との続柄				
	住所	電話番号	() 自宅・携帯・その他()			

登録者の状況	(ふりがな)	男	旧姓		
	氏名	女	名前以外の呼び方		
	住所	秋田県仙北郡美郷町			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (歳)
	特徴	○身長:	cm位	○体重:	kg位
		○めがね:	有・無	○体型:	痩せ型・中肉中背・太り気味
○その他特徴:		○杖の利用: 有・無			
注意事項	※特記事項: 出身地、前住所、職業、行きつけの場所、持ち歩くものなど				

連絡先	第1連絡先	氏名	続柄	
		住所		
		電話番号	自宅 ()	連絡の優先順位
		携帯 ()	() 自宅 () 携帯	
	第2連絡先	氏名	続柄	
		住所		
電話番号		自宅 ()	連絡の優先順位	
		携帯 ()	() 自宅 () 携帯	

社会サービス等	居宅介護支援事業所名	※写真を貼ってください
	TEL	
	担当ケアマネージャー	
	かかりつけ医療機関	
	TEL	
	病名 服薬中の薬	
担当民生委員		
TEL		

<p>上記「美郷町認知症SOSおたすけネットワーク」登録にあたり、窓口機関美郷町社会福祉協議会に登録票を保管し、徘徊検索時にこの登録票の記載内容の使用が必要になった時には、検索協力機関に情報提供を行うことについて同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ (印)</p>	社協受付印
---	-------