

高齢者見守り支援及び行方不明高齢者発見のためのネットワーク登録票

○登録者の情報

登録番号				
ふりがな氏名	ふりがな(旧姓)	性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
住所				
電話番号				
身長	cmくらい	体重	kgくらい	
体型	肥・小肥・中肉・やせ			
めがね	有・無 (レンズ： 縁：)			
頭髪	長髪・短髪・その他 () (色：)			
よく行く場所				
かかりつけ医	(医療機関名)	(主治医名)		
担当ケアマネ	(事業所名)	(ケアマネ名)		
心身の状況	(身体的特徴など早期発見の参考となる情報)			
公的サービスの利用状況				
過去に行方不明となったときの状況				
		受付機関名		

写真

(顔、前身、側面、上半身、全身など特徴が把握しやすいもの)

(*撮影日がわかれば記入)

●区役所・支所及び地域包括支援センターへの情報提供に係る同意

行方不明事案発生の予防にかかる見守り支援検討・実施のため、区役所・支所及び地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

●上記以外の関係団体等への情報提供に係る同意 (どちらかにチェックしてください)

介護サービス事業所や社会福祉協議会、民生委員、老人福祉員など、登録者の行方不明事案発生予防にかかる見守りに資すると考えられる団体等に情報提供することに

同意します 同意しません

●所轄警察署への事前情報提供に係る同意 (どちらかにチェックしてください)

行方不明となった場合に備え、所轄警察署との円滑な情報共有を図るため、上記の情報について、事前に所轄警察署に情報提供することについて

同意します 同意しません

○申請者 (同意者)

ふりがな氏名		続柄	
住所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯電話)	