様式第1号(その1)　(第5条関係)

みやこ町高齢者等SOSネットワーク登録票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登録日 | 年　　月　　日 |
| 登録番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者 | 氏名 | | | | 生年月日 | | | | | 性別 |
| ふりがな | | | | 明治　大正　昭和  年　　　月　　　日 | | | | | 男・女 |
| 現住所 | | | | | | 登録時の年齢 | | | 旧姓 |
|  | | | | | | 歳 | | |  |
| これまでお住いの場所 | | |  | | | | | | |
| 自宅電話番号 | | | ―　　　　― | | | 行政区 | |  | |
| 家族構成 | | | ひとり暮らし　　　家族有り(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| かかりつけ医 | | |  | | | 介護度 | | |  |
| 本人の特徴 | | | | | | | | | |
| ＊必要な写真  胸部より上の上半身…1枚  全体写真(前後左右)…各1枚  　　　　　　　　　計5枚 | | | | 行動の特徴 | よく行く場所や行動する場所 | | | | |
| 身長 | cmくらい | | | 体重 | kgくらい |
| 頭髪 | 短髪・長髪 | | | 白髪 | 全体・部分的 |
| めがね | 有(　　　　　　　　　　)・無 | | | | |
| ひげ | 有(　　　　　　　　　　)・無 | | | | |
| くせ |  | | | | |
| 名前 | 言える・言えない | | | 住所 | 言える・言えない |
| その他の特徴 |  | | | | |
| 連絡先等 | 親族等連絡先 | 氏名 |  | | 続柄 | 住所  電話  携帯 | |  | | |
| 親族等連絡先 | 氏名 |  | | 続柄 | 住所  電話  携帯 | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 氏名 |  | 本人との続柄 | |  |
| 住所 |  | 連絡先 | 自宅 |  |
| 勤務先 |  | 携帯電話 | ―　　　　― |

|  |
| --- |
| □　登録票は「みやこ町」、「みやこ町地域包括支援センター」及び「行橋警察署」で保管し、捜索が必要となった際は関係機関等に情報提供を行う。  □　登録者の氏名を民生委員児童委員、区長に通知し、日常の見守りに活用する(日常・有事時のみ)  □　登録者が行方不明等になった際、町内の防災行政無線(屋内・屋外・地域限定)にて放送を行う  　私は、登録者の「みやこ町高齢者等SOSネットワーク」登録にあたり、上記チェックした項目について同意します。  同意者氏名 |

様式第1号(その2)　(第5条関係)

その他情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険情報(事業者・利用日・連絡先　等) | | |
| 担当ケアマネージャー  (事業所) |  |  |
| 利用中のサービス等 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| その他(通院先、よく行く店や場所　等) | | |
|  | | |

※　別紙2として地図を添付のこと