

(第1号様式)

厚木市認知症高齢者等徘徊SOSネットワークシステム登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 厚木市長

〒
住所

申請者 氏名

(対象者との続柄)

電話番号 ()

次のとおり、厚木市認知症高齢者等徘徊SOSネットワークシステム(以下「システム」という。)への登録及びシステムの利用を申し込みます。

対象者	フリガナ (旧姓)	(旧姓:)		
	氏名 (旧姓)	(旧姓:)		
	住所 (前住所)	(前住所:)		
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳

家族 (連絡先)	フリガナ			
	氏名	(対象者との続き柄)		
	住所			
	電話番号	(自宅)	(携帯電話)	

早期発見ステッカー	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-----------	-------------------------------	--------------------------------

位置情報検索サービス	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
------------	-------------------------------	--------------------------------

同意欄

市が、システム利用に係る個人情報を、厚木市認知症高齢者等徘徊SOSネットワークシステム運営事業実施要綱の関係機関へ、情報提供すること及び市町村域を越えて神奈川県内全域や他県等広域に協力依頼を行う場合は、依頼先自治体等の要綱等に基づいて、情報提供を行うことについて、同意します。

同意者署名 _____

市記入欄	厚木市認知症高齢者等徘徊SOSネットワークシステム登録番号 No.
	厚木市認知症高齢者等見守りステッカー登録番号 No.

対象者の状況について

写真提出		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
身体的特徴	身長			体重	
		cm		kg	
	体格	<input type="checkbox"/> 肥 <input type="checkbox"/> 小肥 <input type="checkbox"/> 中肉 <input type="checkbox"/> 痩せ		血液型	
	眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	頭髪				
体の特徴	(例:○○に手術の痕、○○に大きなほくろがある等)				
要介護・要支援 認定区分	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2)				
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)				
居宅介護支援 事業者名					
介護支援専門員					
既往症					
かかりつけ 医療機関名					
過去の徘徊歴等					
認知症等の程度	名前 …… ①言えない ②言える ()				
	(例:旧姓なら言える)				
	住所 …… ①言えない ②言える ()				
	(例:市町村名なら言える)				
位置情報検索サービス 暗証番号の確認	市が確認することに <input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 同意しない				
位置情報検索サービス 暗証番号					

※ 暗証番号の確認欄に市が確認することに同意される場合には直筆で「同意する」とお書きください。

※ 生活保護受給世帯の方は、それを証明する書類を提出してください。

※ ペースメーカーを装着している方は、位置情報検索サービスは御利用できません。