

登録番号：

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

上牧町高齢者等見守りネットワーク事業登録申請書

上牧町長 殿

上牧町高齢者等見守りネットワーク事業を利用するにあたり、下記の通り登録を申請します。
なお、登録情報について警察署と情報共有することについて同意します。

【申請者】

氏名	ふりがな <input type="text"/> ⑩	対象者との 続柄
住所	<input type="text"/>	
連絡先	<input type="text"/>	

【登録者情報】

氏名	ふりがな <input type="text"/> (旧姓: <input type="text"/>)	男女	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	上牧町 <input type="text"/>	電話	自宅： 携帯：

【緊急連絡先】

連絡先1	氏名	ふりがな <input type="text"/> 登録者との関係 (<input type="text"/>)	男女	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所	<input type="text"/>	電話	自宅： 携帯：
連絡先2	氏名	ふりがな <input type="text"/> 登録者との関係 (<input type="text"/>)	男女	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所	<input type="text"/>	電話	自宅： 携帯：

【緊急時の申請情報の取り扱いについて】

協力事業所等に下記の☑に基づき、情報公開することについて同意します。

※公表してよい項目に☑して下さい。

<input type="checkbox"/>	写真	<input type="checkbox"/>	住所	<input type="checkbox"/>	身体的特徴（裏面）
<input type="checkbox"/>	氏名	<input type="checkbox"/>	生年月日・年齢	<input type="checkbox"/>	認知症状の情報（裏面）

※本表は上牧町役場で管理し、緊急時及び搜索等以外で申請書の情報を他へ公開する事はありません。

登録番号：

【登録者の状況】

身体的特徴	身長	c m	体重	k g
	体格	<input type="checkbox"/> やせている	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 太っている
	髪型		髪色	色
	その他特徴			

認知症状の情報	認知症の有無	認知症： <input type="checkbox"/> あり（軽度・中等度・重度） <input type="checkbox"/> なし 普段の様子：
	外出状況	外出頻度： <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月数回程度 <input type="checkbox"/> なし 行動範囲： <input type="checkbox"/> 近所程度 <input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 よく行く場所： （ ） 過去に行方不明の有無： <input type="checkbox"/> あり（※） <input type="checkbox"/> なし （※）以前に保護された場所：（ ）
	会話能力	自分の名前： <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> ときどき言えない <input type="checkbox"/> 言えない 住所： <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> ときどき言えない <input type="checkbox"/> 言えない 電話番号： <input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> ときどき言えない <input type="checkbox"/> 言えない 日常会話： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできない <input type="checkbox"/> できない
	その他の情報	（本人が反応する事柄、いつも持ち歩く物など）

介護・医療の情報	要介護認定： <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 未申請			
	居宅介護支援事業所：		電話番号：	
	ケアマネジャー氏名：			
	利用中のサービス・事業所名：			
	病名	かかりつけ病院	主治医	電話番号
	GPS 機器利用有無 <input type="checkbox"/> 利用あり（機器名： ） <input type="checkbox"/> 利用なし			
	その他：			

登録番号：

【登録者の写真】 (撮影年： 年)

写真
1

写真
2