

（表）

高齢者等 S O S ネットワーク事業利用登録申込書							
年 月 日 筑西市長 様 高齢者等 S O S ネットワーク事業を利用するため登録を受けたいので、筑西市高齢者等 S O S ネットワーク事業実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり申し込みます。							
申込者		フリガナ		電話			
		氏名		続柄	利用者から見て		
		住所	〒				
利用者	必須	フリガナ		性別	男 ・ 女		
		氏名		旧姓			
		生年月日	年 月 日（ 歳）※年齢は申込時の年齢				
		住所		電話	自宅： 携帯：		
		同居者の有無	☐ 同居者あり [高齢者等のみ 日中又は夜間独居 同一敷地内別棟] ☐ 同居者なし				
	任意	かかりつけ医	医療機関名： 疾病名：				
		介護サービス	事業所名： 担当ケアマネジャー氏名：				
緊急連絡先	1	氏名		続柄	利用者から見て		
		住所	☐ 申込者と同じ（記入不要）	電話	（日中・夜間） （日中・夜間）		
	2	氏名		続柄	利用者から見て		
		住所	☐ 申込者と同じ（記入不要）	電話	（日中・夜間） （日中・夜間）		
個人情報の提供に関する同意		私に関する登録情報を筑西警察署、地域包括支援センター及び民生委員に提供することについて同意します。 年 月 日 利用者氏名 印 代筆者					
※ 処理 欄	登録番号		番				
	地域包括支援センター		☐ なかだて ☐ しらとり ☐ えがお ☐ まごころ（ 関・明・協 ）				
	民生委員氏名						

（注） ※処理欄は、記入しないでください。

(裏)

利用者情報（記入できる範囲で）	身体の特徴	身長	センチ		体型	☐ 太め ☐ 小太り ☐ 標準的 ☐ 痩せ気味	
		眼鏡	☐ 着用 ☐ 不着用 ☐ その他（ ）		頭髪	色（ ） 長さ（ ）	
		歩行能力	☐ 独歩 ☐ つえ使用 ☐ シルバーカー		その他の身体的特徴		
	判断力等	認知症	☐ あり ☐ なし		認知症の程度	☐ 疑い ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	
		名前	☐ 言える ☐ 時々言える ☐ 言えるが間違う ☐ 言えない				
		住所	☐ 言える ☐ 時々言える ☐ 言えるが間違う ☐ 言えない				
	その他散歩のルート よく行く場所 出身地、前住所等						
	行方不明の有無		行方不明になったことが [ある ・ ない] 時期： 年 月頃 発見場所：				
	サービス利用状況		☐ 愛の定期便 ☐ 救急キット ☐ 配食サービス ☐ はいかい高齢者家族支援サービス ☐ 緊急通報装置 ☐ おかえりマーク [登録番号：]				
	※処理欄	☐ 要介護度 未申請 ・ 要支援（１・２） ・ 要介護（１・２・３・４・５） ・ 自立 ☐ 障害者手帳 身体 ・ 知的 ・ 精神（ 級）					

(注) ※処理欄は、記入しないでください。

【写真添付欄】 撮影時期： 年 月頃

※別途添付可

顔写真 ※無帽、正面で顔がよくわかるもの

全身写真 ※無帽、正面で全身が写っているもの