

(様式1)

五島市高齢者等SOSネットワーク登録（新規・変更）申請書

申請日: 令和 年 月 日

五島市長 あて

私は、普段の見守りや行方不明になった時や保護された時に支援を受けたいため、下記の情報を提供し、登録を申請します。

申請者 住所: _____
氏名: _____
登録者との続柄: _____
電話番号: _____

		登録番号					
ふりがな		男・女	家族構成	独居・高齢世帯・その他			
登録者氏名				()			
住所	五島市						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳(申請日現在)	
身体等の特徴	身長	cm	体重	kg			
	体格	太り気味・普通・痩せ気味・腰が曲がっている・その他()					
	頭髪	色:(黒髪・白髪まじり・白髪) 長さ:(短髪・長髪・坊主)・その他()					
	顔の特徴	メガネ(有・無)・ひげ(有・無)・その他()					
	移動方法	独歩(安定・不安定)・杖歩行・押し車・車椅子・その他()					
	外出方法	徒歩・タクシー・バス・汽車・自転車・自動車・セニアカー・その他()					
	外出範囲	自宅周辺・町内・市内(町)・市外(市)・その他()					
	認知機能等	氏名	言える・旧姓を言える()・言えない・その他()				
		住所	言える・実家を言える(市 町 番地)・言えない・その他()				
		生年月日	言える・言えない・その他()				
徘徊歴		無・有(過去の発見場所:)					
行きそうな所		(散歩コースや住所以外の住んだことが有る場所、なじみの場所など)					
医療介護	かかりつけ医	病院名:	電話番号:	主治医名:			
	ケアマネジャー	事業所名:	電話番号:	担当ケアマネ名:			
緊急連絡先	第1連絡先	ふりがな		申請者との続柄			
		氏名		電話番号	自宅		
	住所		携帯				
	第2連絡先	ふりがな		申請者との続柄			
		氏名		電話番号	自宅		
	住所		携帯				

※様式2に写真の添付と同意書の署名をお願いします。