**SOSネットワーク事前登録書**

様式1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名（ふりがな）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **旧姓（ふりがな）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **性別** | 男　・　女 |
| **生年月日（年齢）** | 大　・　昭　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| **住所** |  |
| **電話番号** | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 |
| **施設入所** | 入所していない・入所している施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　　　住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **登録の経緯** |  |
| **特徴**　※捜索の参考　　となる情報 | 【身長】　　　　　　　　　　　　　　ｃｍくらい【体型】　　　　やせ型　・　中肉　・　太り気味【髪】　　　　　長髪　・　短髪　　　　黒髪　・　白髪　・　茶髪　・金髪【癖・しゃべり方など】【手術の痕】【歯の治療】【その他】 |
| **装用品・持ち物** | 【めがね】　　　あり　・　なし　　　（色・形　　　　　　　　　　　　　　　）【その他】 |
| **移動手段** | 【運転免許保持】持っていない　・　持っている　・返納した（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【自動車】ナンバー・車種・車名・色　　　　 ※要写真添付　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【自転車】防犯登録番号・車体番号・色　　※要写真添付　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【シニアカー】防犯登録番号・車体番号・色　　※要写真添付　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **認知症** | 有　・　無 |
| **名前**　・ ・ ・　　言える　・　言えない | **住所**　・ ・ ・　　言える　・　言えない |
| **特記事項**　※捜索の参考　　となる情報 | 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所）、過去の徘徊経歴など外見や行動の特徴 |
| **家族状況** | 独居・同居家族・別居家族など |
| **連絡先等** | 第１連絡先名前（　　　　　　　　　）続柄（　　）電話番号（　　　　　　　　　　　）第２連絡先名前（　　　　　　　　　）続柄（　　）電話番号（　　　　　　　　　　　） |
| **かかりつけ医** | 医療機関名：　　　　　　　　　　医師名： |
| **担当ケアマネジャー** | 事業所名：　　　　　　　　　　　ケアマネジャー名： |

※顔写真・全身写真

※所有自動車・自転車・シニアカーの写真

写真

氏　名

写真

地図

**【個人情報の提供に関する同意書】**

　上記の者が行方不明のため、捜索・発見への協力を依頼します。

　この情報を、官公署、地域包括支援センター、その他協力する関係機関に対し提供することに

同意します。

（該当するものに○）

・　居住市町内のみ提供希望（ 行政機関　・　警察 ・ 消防署　・　ＳＯＳネットワーク協力関係機関　）

・　居住市町以外にも広域的に提供希望（ 行政機関　・　警察 ・ ＳＯＳネットワーク協力関係機関　）

**【申請者】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 | **本人との****続　　　柄** | 　 |
| **住　　所** |  |
| **電話番号****（自宅）** |  | **電話番号****（携帯）** |  |