

SOS ネットワーク事前登録書

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 ※検索の参考 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 ※検索の参考 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



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

ふり 氏 名		本人との 続 柄	
住 所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	