

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

申請者 住所
氏名 ⑩
対象者との続柄
連絡先

かすみがうら市認知症高齢者等SOSネットワーク事業事前登録申請書

次のとおり事業を利用したいので申請します。

対象者 (認知症高齢者等)	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 かすみがうら市		
	電 話			
対象者情報	別紙のとおり			

●上記の事業を受けるに当たり、次の事項について同意します。

- 1 「様式第1号（別紙）」の写しを土浦警察署へ提供すること。
- 2 対象者が行方不明となったときには、対象者の情報を土浦警察署、関係自治体及びSOSネットワーク協力機関に提供すること。
- 3 事前登録申請書の内容に変更が生じた場合や、本事業の利用を必要としなくなった場合は速やかにかすみがうら市に届け出ること。

申請者 ⑩

●以下のうち、該当するものにチェックを付けてください。

かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業を既に利用している。
※ QR コード活用見守り事業を既に利用している方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票（別紙）の提出は不要です。

かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業の利用を同時に申し込む。
※ QR コード活用見守り事業の利用を同時に申し込む方は、SOS ネットワーク事業事前登録原票（別紙）を提出することで、かすみがうら市認知症高齢者 QR コード活用見守り事業原票の提出を省略することができます。

※ 本人の特徴が分かる「顔写真」と「全身写真」の2枚を添付してください。

(別紙)

登録日	年	月	日
-----	---	---	---

かすみがうら市認知症高齢者等SOSネットワーク事業事前登録原票

ふりがな 対象者氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 かすみがうら市		
電話			

家族構成

氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居
氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居
氏名		(歳)	続柄 ()	同居・別居

緊急連絡先 ※緊急連絡先は2名以上の記入をお願いします。

連絡先 ①	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ②	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		
連絡先 ③	ふりがな		対象者との関係	
	氏名			
	住所			
	電話番号			
	勤務先	電話番号		

身体状況

身長： cm	体重： kg	体格： 肥満 ・ 中肉 ・ 痩身	
眼鏡： 有・無	頭髪の特徴：	入歯 有：無	
特記事項	※出身地・前住所・職業・行きつけの場所・愛称・持ち歩くもの等		
病 名	主治医氏名	医療機関名	電話番号

徘徊状況

徘徊の状況	<input type="checkbox"/> 外出時、道に迷ったり自宅に帰れないことがある。 <input type="checkbox"/> 外出時、徘徊するが自分で自宅に戻れる。 <input type="checkbox"/> 現在は特に徘徊はしない。
徘徊の頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週に1～2回 <input type="checkbox"/> 月に1～2回 <input type="checkbox"/> その他 ()
普段の外出状況や行動の特徴	※よく行く行先や行動パターンや普段よく口にする行先等
過去の徘徊歴等	※過去の徘徊歴、発見場所
歩行状況等	公共交通機関等の独力利用 : できる ・ できない 電車・バス・タクシー・その他 ()

認知機能の状況

1.氏 名	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
2.住 所	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
3.生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 時々言えない <input type="checkbox"/> 言えない
4.意 思 の 伝 達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
5.日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない

その他

介護保険	総合事業対象者	要支援（1・2）	
	要介護（1・2・3・4・5）	申請中・未申請	
担当ケアマネジャー	氏 名		
	事業所名		
	電話番号		
身障手帳	有 ・ 無 (手帳 種 級)		

注意事項※緊急時（保護時等）の対応に注意すべきことがあればご記入ください。

本人写真貼付欄

顔写真

全身写真