

様式第1号(第5条関係)

うるまSOSネットワーク事前登録届出書

年 月 日

うるま市長 様

住 所

申請者氏名

電話番号

登録者との続柄

うるまSOSネットワークへ登録したいので、次のとおり届出します。

登録者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
登録を希望する理由		
備考		

※市記入欄	登録年月日	登録番号	情報共有機関
		うるま	

うるまSOSネットワーク登録票

		申請日	年	月	日		
登録者	ふりがな			旧姓			
	氏名			名前以外の呼び名			
	住所	※過去の居住先（ ）					
	生年月日	T・S	年	月	日（歳）	性別	男・女
	電話番号	自宅：	携帯：（GPS機能：無・有） ※有の場合、必ず位置情報設定を行ってください				
連絡先	第1連絡先	氏名			続柄		
		住所			電話番号	自宅： 携帯：	
	第2連絡先	氏名			続柄		
		住所			電話番号	自宅： 携帯：	

※所在不明となった場合に使用しますので、下記まで詳細にご記入ください。

身体的特徴	○体格：（小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満）		主な疾病・障害	
	○身長 cm、 体重 kg			
	○髪型・髪色：（			
	○顔の形：（○・△・▽・□・卵型・その他）			
	○ホクロ・傷跡など：無・有（		かかりつけ医（歯科を含む。）	
	○メガネ：有・無			
	○その他の外見的特徴 （円背・すり足歩行・など		電話番号：	
認知症状	名前	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 旧姓（ ）で答える	<input type="checkbox"/> 答えられない
	住所	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 一部（市町村・番地など）で答える	<input type="checkbox"/> 答えられない
	電話番号	<input type="checkbox"/> 答えられる	<input type="checkbox"/> 時々違う答え	<input type="checkbox"/> 答えられない
	家族の名前	<input type="checkbox"/> 答えられる（誰を）	<input type="checkbox"/> 時々違う答え	<input type="checkbox"/> 答えられない
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能	<input type="checkbox"/> 一方的に話す	<input type="checkbox"/> 会話不成立
	記憶力	<input type="checkbox"/> 直前のことも忘れる	<input type="checkbox"/> 前日のことは忘れる	<input type="checkbox"/> 内容による
	繰り返し話す内容			
	その他認知症状			
道迷いに関わる状況	外出目的	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 通院（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自動車	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ）
	外出頻度	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に何度か	<input type="checkbox"/> 月に何度か
	外出時間帯			
	外出範囲	<input type="checkbox"/> 隣近所	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外
		具体的な場所：		
	搜索歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃： 時間帯：	発見場所： 発見者：
	警察保護歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつ頃： どこで：	
	いつも持ち歩くもの	種類	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 帽子
	特徴			

(2枚目)

【家族構成】	◎よく歩いている範囲（コースなど）
【民生委員等】	行きそうな場所、よく立ち寄る場所など
電話番号：	

介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5
	認知症高齢者日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV
	利用サービス	
	居宅介護支援	担当ケアマネージャー
	事業所名 電話番号	

その他利用サービス	
-----------	--

私は、うるま市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業への登録にあたり、この個人情報について次の機関が情報共有することに同意します。

また登録票の記載内容の使用が必要になった場合には、協力機関（うるま市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク）に情報提供を行うことに同意し、必要に応じて関係機関とケアマネージャーや医療機関、民生委員が連絡調整することを了承します。

- 1.うるま市介護長寿課 2.各うるま市地域包括支援センター 3.うるま警察署 4.石川警察署

登録者氏名 印 ( 親族等 印 )

※本人の特徴がわかる写真（胸から上のもの及び全身のもの各1枚ずつ）必ず添付ください。

※申請事項に変更が生じた場合（寝たきり・転居・特徴など）は必ず連絡ください。

※本登録票は、うるま市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業以外の目的で使用することはありません。

当事業ではご希望に応じ見守りグッズを配布しています。チラシ等でグッズの詳細をご確認ください。

【グッズに関すること】
1.ネームプレート、名札を希望する。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。 「はい」に <input checked="" type="checkbox"/> つけた方だけお答えください。ネームプレート、名札は本人氏名、住所、緊急連絡先、その他個人情報が記載されたものになります。次の中で記入することに同意するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 本人氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> その他個人情報 その他個人情報で希望する内容をお書きください（ ）。
2.見守りステッカーを希望する。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。

【見守り会議に関すること】
お住まいの地域において、自治会、民生委員や見守りボランティア等の方々との日常的な見守りのための情報共有の場として顔を合わせる機会をもつことを希望しますか。本人・ご家族の安心・安全のため認知症相談員も一緒に協力していきます。 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 今は希望しない ※どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。

私は上記の内容で申請することに同意いたします。

登録者氏名 印 ( 親族等 印 )

(3枚目)

登録者名：

登録番号：うるま（ ）

【写真1】

ここに胸より上の写真を貼ってください。  
撮影日： 年 月頃

【写真2】

ここに全身写真を貼ってください。  
撮影日： 年 月頃

※写真は、胸から上のもの1枚、全身のもの1枚を必ず貼ってください。

※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。