**加西市認知症高齢者等事前登録申請書**

登録番号：

加西市長様

　　　年　　月　　日

【申請者】

氏名　　　　　　　　　　　　㊞（続柄　　　　）

住所

電話　（　　　　　）　　　－

下記の通り、事前登録制度の利用・変更を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登　録　者 | 　 | 男女 | 生年月日　　　T・S・H　　年　　月　　日 |
| 住所　 | 電話 | 【自宅】【携帯】 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 連絡先１ | 氏名　　　　　　　（続柄　　　　　） | 男女 | 生年月日T・S・H　　年　　月　　日 |
| 住所 | 電話 | 【自宅】【携帯】 |
| 連絡先２ | 氏名　　（続柄　　　　　） | 男女 | 生年月日T・S・H　　年　　月　　日 |
| 住所 | 電話 | 【自宅】【携帯】 |

**地域との情報共有について　　□希望　　□希望しない**

居住地の区長・民生委員と情報共有し、平常時から地域の見守りに協力いただきます。

**緊急時の個人情報の取り扱い（公開）について**

緊急時（行方不明等）には、この申請書の裏面太枠内の情報、写真を下記に公開し、

効率的な捜索活動につなげます。

**情報の公開範囲について**

関係機関（警察署、消防署、社協、地域包括支援センター、居住地の区長、民生児童

委員等）、SOSネットワーク協力事業所、かさい防災メール登録者、社協メール登録者、

広域発見依頼先（兵庫県内及び全国の市町村）

≪別紙≫　**行方不明者の（広域）発見依頼票**

行方不明の認知症高齢者等を探していますので、発見にご協力をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　 　　 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 身体的特徴 | 身　長 | Cm | 体　重 | Kg |
| 体　格 | 肥・小肥・中肉・痩せ | 血液型 | A・B・O・AB・不明 |
| 面　形 | △・▽・О・□・〇 | 顔　色 | 白・青白・普通・浅黒・赤 |
| 髪　型 | 　 |
| その他 | ホクロ、手術痕、メガネ、補聴器、靴サイズ、歩行（杖使用）等 |
| その他の情報 | 旧姓・愛称、出身地（前住所）、職業、趣味、所持品等 |
| 外出について | * 外出先から戻れなくなったことがありますか　　（ない・ある）
* ひとりで外出されることがありますか　　　　　（ない・ある）

（　頻繁にある、週１回程度、月１回程度、ときにある　）行きつけの場所・立ち寄る可能性がある場所（　　　　　　　　　　　　　）* 警察等に保護されたことがありますか　　（ない・ある（　　年　　月頃））

保護された場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病気について | * 治療中の病気
 |
| * 認知症の有無　　　　　　ない・ある（疑い・軽度・中等度・重度）・不明

自分の名前を言えますか　　　言える（　　　　　　　）・言えない自分の住所を言えますか　　　言える（　　　　　　　）・言えない日常会話に支障がありますか　ない・ある |
| 医療情報 | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　（主治医名：　　　　　　　） |
| **高齢者**介護情報 | 介護度　（未申請　要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５）有効期限（　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）担当のケアマネジャー（事業所名：　　　　　　　　　　氏名：　　　　　）利用しているサービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **障がい者**障がい情報 | 手帳種類　　身障（　１・２・３・４・５・６　級）　　　　　　療育（　Ａ・Ｂ１・Ｂ２　）　　精神（　１・２・３　級　）担当の相談員（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　）利用しているサービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **広域依頼**行方不明時に担当記入 | * 行方不明時の状況（　　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃）

　　　　　　　　　　（場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 警察への届け出日時（　　　　年　　月　　日　午前・正午・午後　　時　）
* 不明時の服装・持ち物等
 |

**写真を貼り付けてください（顔、全身の様子がよく分かるもの）**

撮影時期　　　　　年　　月頃

撮影時期　　　　　年　　月頃