

様式第1号（第4条関係）

ケースNo.	
--------	--

みまもりネットワーク情報登録届出書

申請日： 年 月 日

被登録者	住所				電話		
	ふりがな				性別 男 ・ 女 年 月 日生 (歳)		
	氏名						
申請者	ふりがな				被登録者との関係 ()		
	氏名						
	連絡先	自宅			携帯電話		
緊急時の 家族等への 連絡先	氏名	続柄		住所		連絡先	
医療機関		担当者			連絡先		
担当事業所		担当者			連絡先		
被登録者の特徴							
身長	高・中・低 cm			体格	小柄・中柄・大柄 kg		
足腰の強弱	強・普・弱 () 使用			歩行状態	自立・やや不安定・不安定		
麻痺	無・有	血液型	型	姿勢		髪型	
視力	良・悪	メガネ	無・有	難聴	無・有	補聴器	無・有
出生地				職業歴			
認知症発症 時期	年 月頃～			徘徊歴			
会話	可・不可 特徴 ()			行動パター	場所		
車の所有	無・有 (車種： 、ナンバー： 、色：)						
その他：(サービス利用状況、最近の状況等)							
添付：自宅周辺地図 被登録者の写真 (顔写真及び全身写真)							

(裏面)

個人情報提供同意書

次のことに同意します。※同意する場合には、☒を記入すること。

- ☐ 私は、みまもりネットワーク事業の運用について理解した上で、みまもりネットワーク情報登録申請書に掲げる項目について、情報提供することに同意します。
- ☐ 行方不明となった場合、早期発見のために、電子媒体等を使用し、以下の関係機関等並びに市内の医療機関及び介護事業所等へ情報提供をすることに承諾します。

(関係機関等)

- 1 高梁警察署
- 2 高梁市消防本部
- 3 担当地区民生委員 ()
- 4 担当介護支援専門員 ()
- 5 高梁市地域包括支援センター
- 6 市関係部局 (地域市民センター・地域局・)
- 7 その他 ()

年 月 日

高梁市長 様

(被登録者)

住 所

氏 名

(申請者)

住 所

氏 名

(続柄)

(本人の自署による署名又は記名押印をしてください。)