

高齢者等 SOS ネットワーク事前登録書

万一の行方不明時の発見のため、下記の情報を、次の区分の機関に対して提供することに同意します。
↓ 情報提供について同意するものを選んで✓を記入

☐ 行政機関☐ 福井県警察☐ 協力関係機関

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)	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
住所			
電話番号			
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 ・ 白髪まじり ・ 茶髪 ・ 金髪 【癖など】 【その他】		
装用品・持ち物	【めがね】 あり ・ なし (色・形) 【その他】 なし		
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		
かかりつけ医	医療機関名: 医師名:		
担当ケアマネ	事業所名: ケアマネ名:		

【申請者】

し めい 氏 名		続 柄	
住 所			
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	

写真

写真