

島本町認知症高齢者等見守りネットワーク登録届

年 月 日

島本町長 様

	フリガナ
届出者	氏名
	住所
	電話
	登録者との続柄（ ）

島本町認知症高齢者等見守りネットワークを利用したいので、届け出ます。

なお、この登録届が島本町に保管されること、登録者の日頃の見守りと徘徊等により行方不明となった際の捜索のため、保管者である島本町の判断に基づき、公的機関、民間事業所等の協力機関にこの登録届の情報の全部又は一部が提供されることに同意します。

【登録者に関する情報】

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日
氏名					
住所	島本町				
身長	cm	体型	やせている・普通・太っている		
眼鏡	有・無	その他の身体的特徴			
会話の能力	氏名（言える・言えない）、住所（言える・言えない）				
認知症の診断の有無	有・無	過去の徘徊歴	回		
過去に徘徊歴がある場合 発見された場所					
普段よく行く場所					
対応時の注意点					
かかりつけ医療機関		主治医名			
担当ケアマネジャー	氏名				
	所属事業所				
	電話				
緊急連絡先	優先度	氏名	続柄	住所	電話
	1				
	2				
	3				

※写真の登録を希望する場合は、島本町認知症高齢者等見守りネットワーク登録届（別紙）【写真貼付欄】に貼り付けること。

登録者氏名

※本人の特徴が分かる写真を貼り付けてください。
※複数枚可（例：顔写真、全体写真など）

（写真1）

（写真2）