

様式第2号（第4条関係）

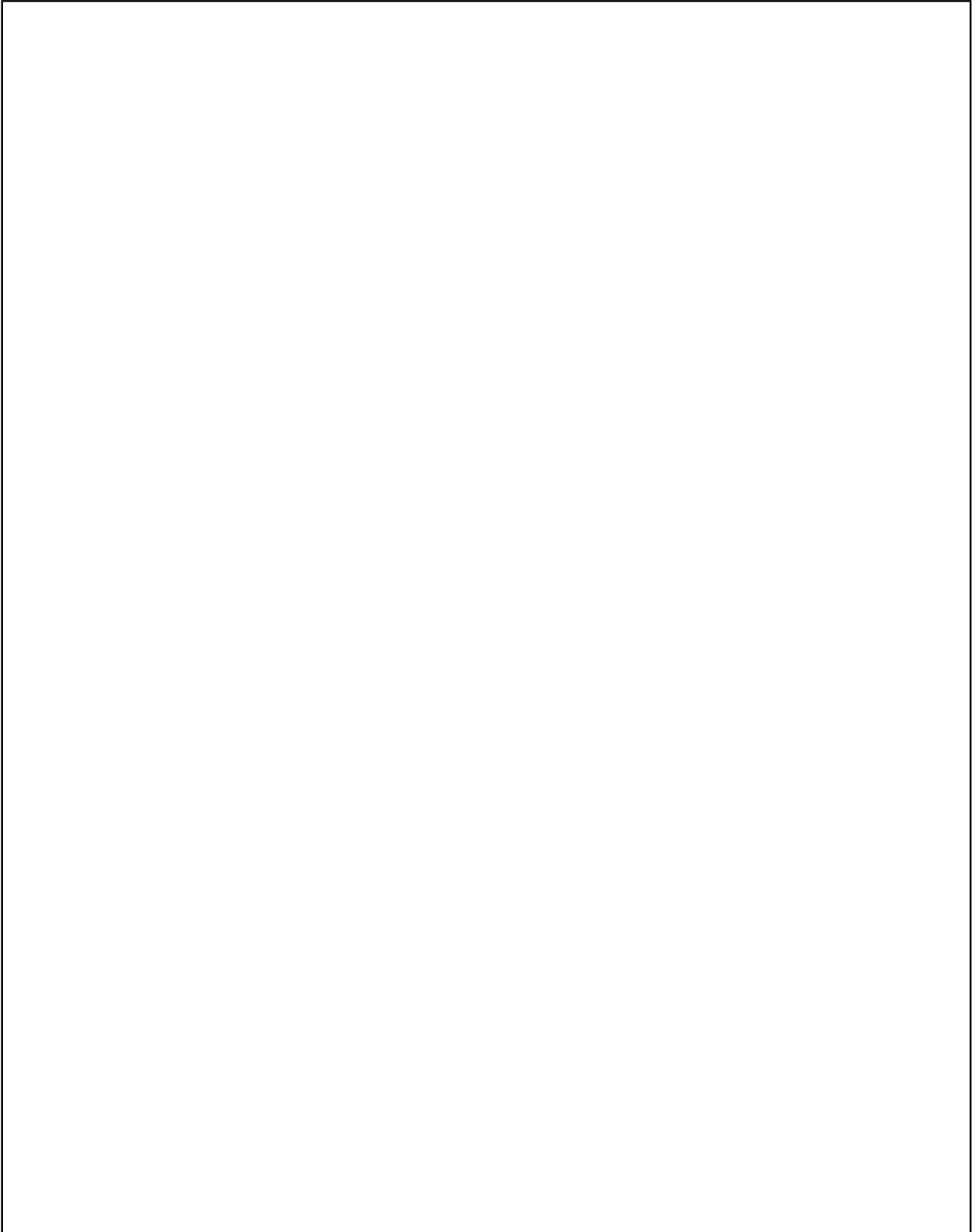
瑞浪市認知症高齢者等SOSネットワーク登録台帳

登録番号				登録年月日
ふりがな				性 別
氏 名	愛称：			男 ・ 女
生年月日	年	月	日	歳（申請時）
住所	瑞浪市			担当包括 南部・北部
身体的 特徴	身長	cm		体重 kg
	体型	太 ・ 小太 ・ 中肉 ・ やせ		
	髪型			
	その他	杖・めがね		
会話の 能力	名前	言える ・ 言えない		保護時に注意してほしいこと（既往歴等）
	住所	言える ・ 言えない		
	年齢	言える ・ 言えない		
行動 パターン	よく行く場所			
	今まで保護された場所			
かかりつけ医	医療機関名：			医師：
介護支援専門員	事業所名：			担当者：
緊急時の連絡先	緊急時は①から③の順にご連絡します。			
①	氏名			続柄：
	住所			電話番号： 携帯番号：
②	氏名			続柄：
	住所			電話番号： 携帯番号：
③	氏名			続柄：
	住所			電話番号： 携帯番号：
上記連絡先を台帳に登録すること及びこの台帳の内容を多治見警察署へ情報提供することについて、連絡先となる者及び親族（登録者の配偶者・兄弟姉妹・子・孫など）の同意を得ています。 申請者 _____				

(裏面)

登録する方の特徴が分かる写真(顔・全身)を添付してください。

撮影日： 年 月 日

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting a photograph of the registrant. The box occupies the majority of the page below the text instructions.