

行方不明認知症高齢者等SOSネットワーク協力依頼(兼解除)連絡票

各連絡窓口 御中

令和 年 月 日

「横浜市認知症高齢者等SOSネットワーク事務取扱要領」に基づき、以下の行方不明者の検索について協力依頼(解除)します。

なお、関係機関への個人情報の提供について、同意されております。

登録番号: _____

<対象者>

ふりがな		_____	
氏名(旧姓)		(_____)	
性別		男 ・ 女	
生年月日(年齢)		明治 ・ 大正 ・ 昭和 _____ 年 月 日生(_____ 歳)	
住所		横浜市	
行方不明時の状況	発生日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前 ・ 午後 _____ 時 _____ 分頃	
	最後に確認された時の場所	_____	
	最後に確認された時の状況	_____	
	外見上の特徴	身長 : _____ cm位 / 体格 : 太っている ・ ふつう ・ やせている 体重 : _____ kg位 / 頭髪 : ある (白髪 ・ 黒髪) ・ なし メガネ : あり ・ なし / ひげ : あり ・ なし 着衣(種類・色) : _____ 履き物 : _____ その他 : _____	
	持ち物・所持金	_____	
	身体の健康状態	(保護の際、特に留意すべき疾患等)	
	認知機能	名前 : 言える ・ 言えない 住所 : 言える ・ 言えない 年齢 : 言える ・ 言えない	
	特記事項	_____	
協力依頼範囲	区内まで ・ 市内まで (全域 ・ 依頼先区) 県内まで ・ 県外まで (依頼先都市)		

<解除連絡>

発見日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分
発見場所	_____
発見者	_____
発見状況	_____

<連絡発信元>

機関名	横浜市
課名	_____
担当者名	_____
電話	_____
FAX	_____

行方不明認知症高齢者等SOSネットワーク協力依頼(兼解除)連絡票

可能な限り、本人の特徴がわかる写真として、「顔写真」、「全身写真」の2枚を提出してください。

顔写真

全身写真