

瀬谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録申請書 (兼 見守りシール事業利用申請書)

瀬谷区登録番号： — —

年 月 日

(申請先)

横浜市瀬谷区福祉保健センター長

(申請者)

ふりがな氏名 続柄

住所 〒 —

電話番号 (自宅) ()

電話番号 (携帯) ()

1 瀬谷区認知症高齢者等SOSネットワーク登録を申請します。

本人について	ふりがな 氏名	(旧姓)	電話番号	市外局番 ()	—	
	生年月日	年 月 日 (歳)	血液型	型	性別 男・女	
	住所	区				
	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 / 歯の状態： ひげ： あり・なし / 身体の特徴： 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： ※よく持ち歩く装飾品、よくでかける場所、前住所、出身地、行方不明による保護歴やその詳細など				
	ケアマネジャー	事業所名：	電話			
	かかりつけ医療機関	医療機関名：	電話			
	認知症含む既往歴					

※見守りシール事業の利用希望者は、緊急時に迎えに行ける連絡先 (1か所以上) を記載。シールは申請者宛に送付します。

緊急連絡先①	申請者と同じ	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先②	ふりがな氏名 続柄 住所 〒 電話 自宅 () 携帯 ()	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける
緊急連絡先③	ふりがな氏名 続柄 住所 〒 電話 自宅 () 携帯 ()	緊急時の迎え <input type="checkbox"/> 行ける

2 この情報を「神奈川県」「神奈川県警察」に提供することを希望しますか 希望する 希望しない

3 見守りシール事業の利用を希望しますか (※2で「希望する」方に確認) 希望する 希望しない

(裏面あり)

