

富山市認知症高齢者徘徊 SOS 緊急ダイヤル利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 富山市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 続柄 _____
 電 話 _____

次のとおり、徘徊時に登録情報の内、以下の項目が協力団体へ配信されることに同意の上、認知症高齢者徘徊 SOS 緊急ダイヤルの利用登録をしたいので申請します。

* 徘徊情報の配信項目

氏名(姓)	年齢	住所(地区・校区)	特徴	行方不明時の服装等
※ 写真 配信を希望 (する・しない)				

1. 利用者の状況

ふりがな 氏 名	_____		生年月日 年 月 日 (歳)	_____	
	男・女		年 齢	_____	
住 所	〒 _____ 富山市		地区(校区)	電話	_____
利用者の 特 徴	身長	_____ cm位	体 重	_____ kg位	
	めがね	有 ・ 無	髪 型	_____	
	ひげ	_____	体 型	痩せ型・中肉中背・太り気味	
	名 前	言える・言えない	杖の利用	有 ・ 無	
	歩き方 話し方	_____	その他	_____	
申請の理由 (現在困っている状況)	_____		世帯構成 (○をつけてください)	1. 一人暮らし 2. 高齢者世帯 3. 子との同居 (_____) 4. その他 (_____)	
認知症の有無	有 ・ 無	過去の徘徊	有 (_____) ・ 無		
要介護度	未申請・申請中・自立・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				
緊急連絡先	①氏名	_____	住所	_____	
	続柄	_____	電話	_____	
	②氏名	_____	住所	_____	
	続柄	_____	電話	_____	
担当居宅介護支援事業所	_____		(写真を貼ってください) ※できるだけ脱帽、且つ利用者の顔がはっきりと写っているもの		
担当ケアマネジャー	_____				
担当地域包括支援センター	_____				
主 治 医	_____				
担 当 民 生 委 員	_____				

※別紙もご記入ください。

(_____ 年 _____ 月頃 撮影)

(別紙) 富山市認知症高齢者徘徊SOS緊急ダイヤルからの情報配信先について

申請日 年 月 日

利用者氏名

申請者氏名 ()

警察や消防、地域包括支援センター、富山市認知症高齢者見守りネットワーク協力団体等には情報が配信されます。

1. 別添一覧表に記載されている、協力団体および事業所への情報配信について
(どちらかに○をつけてください。)

(1) 記載されている協力団体および事業所への情報配信を同意します。

(2) 記載されている協力団体および事業所への情報配信を同意しますが、
次の事業所には、配信を希望しません。

↓ ※配信を希望しない協力団体・事業所等があれば、ご記入ください。

2. 別に親族および近隣住民、ケアマネジャー等、身近な方への情報配信について希望します。

	氏名	メールアドレス	続柄
1			
2			
3			
4			
5			

※徘徊SOS緊急ダイヤルは、業者に委託して実施いたします。個人情報については、守秘義務を守りますが、ご登録いただいた方のメールアドレスを業者に渡すことについてご本人の同意の上、ご記入ください。