

瀬戸内市長様

瀬戸内市ひとり歩き高齢者見守り協力体制を利用するに当たり、次の事項に同意します。

- ひとり歩き高齢者見守り協力体制に登録し、瀬戸内市においてその情報が登録・管理されることについて、同意します。
- 下記の個人情報、健康長寿課から危機管理課、瀬戸内警察署、瀬戸内市消防本部及び瀬戸内市地域包括支援センターに提供されること並びに徘徊発生時には協力関係機関及び瀬戸内市メールマガジン登録者に配信されることに同意します。
- 検索、発見、保護時等において、医療機関、介護事業所等と連携を図る必要がある場合には、登録情報を関係機関で共有することに同意します。

基本情報							
本人情報	ふりがな		旧姓	性別	男・女	生年	明治・大正・昭和
	氏名					月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒					電話番号：
親族連絡先	ふりがな		続柄	同居別居	電話番号	自宅： 携帯：	
	氏名						
介護支援専門員 その他担当者	ふりがな		続柄	同居別居	電話番号	自宅： 携帯：	
	氏名						
かかりつけ 医療機関	事業所名				担当者		
	連絡先	電話番号：					
かかりつけ 医療機関	医療機関名				主治医		
	連絡先	電話番号：					
本人の状況							
特徴	体格：太め・普通・痩せ気味		身長： c mくらい		体重： kgくらい		
	眼鏡： 有・無		杖の使用： 有・無		シルバーカー利用： 有・無		
	自分の名前	言える・言えない	自分の住所		言える・言えない		
	特記事項	※持ち歩くもの					車種・色・No
徘徊歴	※行きつけの場所・これまでの徘徊歴						

- 裏面には本人の特徴がわかる写真を添付及び本人の詳しい情報(追加)があれば記入してください。
- 届出事項の状況に変化が生じた場合(特徴、転居、死亡等)はご連絡ください。
- 登録票及び同意書は、認知症徘徊高齢者の生命又は安全を守る目的以外には使用しません。

届出者(同意者):住所 _____ 本人との続柄(_____)

氏名 _____



(裏)

<本人の特徴及び留意点>追加内容

<写真添付> (正面)

<写真添付> (上半身)

<写真添付>

<写真添付>