

日立市徘徊SOSネットワーク事業登録届

			登録No.	
			届出日	年 月 日
認 知 症 高 齢 者 等 の 状 況	ふりがな 氏 名		男・女	旧姓又は呼び名
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	電話 ()		
	特 徴	身長 cm 体重 kg 体格 太っている ふつう やせている 頭髪 その他の特徴 尋ねると答えられること その他		
		(写真を添付)		
		出身地 職業歴		
	過去に保護 された場所	いつ どこで		
かかりつけ 医療機関	医療機関名	主治医	既往症等	
介護認定 の有無	有 (要支援1・2) 無 (要介護1・2・3・4・5)			
届 出 者	ふりがな 氏 名	(本人との関係)		
	住 所	電話 ()		
	上記以外 の連絡先	勤務先 ()	携帯 ()	
<p>利用している機関、施設等に○を付し、必要事項を記入してください。(いくつでも可)</p> <p>1. 地域包括支援センター (担当者) 6. ふれあいサロン (電話 FAX) 7. 老人会</p> <p>2. 居宅介護支援事業者 (担当者) 8. ふれあい健康クラブ (電話 FAX) 9. その他</p> <p>3. 介護保険サービス利用事業所 ()</p> <p>4. 民生委員(地区名 担当者) (電話 FAX)</p> <p>5. 在宅介護支援センター ()</p>				

注1 届出事項に変更が生じた場合には、市高齢福祉課にご連絡ください。

2 この登録届は、申請者、市高齢福祉課及び日立警察署で共有するものとします。なお、日立市徘徊SOSネットワーク事業以外の目的に使用することはありません。