

岩沼市認知症高齢者等情報事前登録届

年 月 日

（宛先） 岩沼市長

岩沼市認知症高齢者等見守りネットワーク事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり登録を申し出ます。また、各関係機関及びメール配信システム登録者に情報提供を行うことについて同意します。対象者が保護された場合は、速やかに引き取り、その安全を確認することを約束します。

届出者・同意者 ^{ふりがな}氏名 _____ 続柄 _____
 住所 _____ 電話番号 _____

本人の状況	ふりがな		生年	年 月 日
	氏名	男・女	月日	(歳)
	住所	〒	電話番号	
	(撮影日： 年 月頃)			【家族関係図】
	写真を貼り付けてください。			
行方不明歴	【 無・有 】 → 頻度： 【主な発見場所】			
容姿	【身長】約 cm 【体重】約 kg 【体格】やせ型・普通・小太り・肥満 【眼鏡】有 ・ 無 【姿勢】普通・猫背・円背・() 【頭髪】 【その他】			
コミュニケーション	【氏名】言える ・ 言えない 【住所】言える ・ 言えない 【会話】問題なし・困難 ()			
その他特記事項	その他特徴や、対応に注意してほしいこと等			

	かかりつけ医療機関	【医療機関名】 【担当医】
	病名等	
	介護支援専門員	【事業所名】 (担当者)
第1連絡先	ふりがな 【氏名】 (続柄：) 【住所】 【電話番号】	
第2連絡先	ふりがな 【氏名】 (続柄：) 【住所】 【電話番号】	

親族等同意欄

親族以外からの届出（介護保険施設等からの届出）の場合は、親族等の同意を得てください。

私は、届出者が登録することに同意します。

また、この情報を岩沼市が管理し、登録者が行方不明になった際等は、登録者に関する情報や行方不明時の状況について、市が捜索協力者や警察等に対して情報提供することに同意します。

住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____