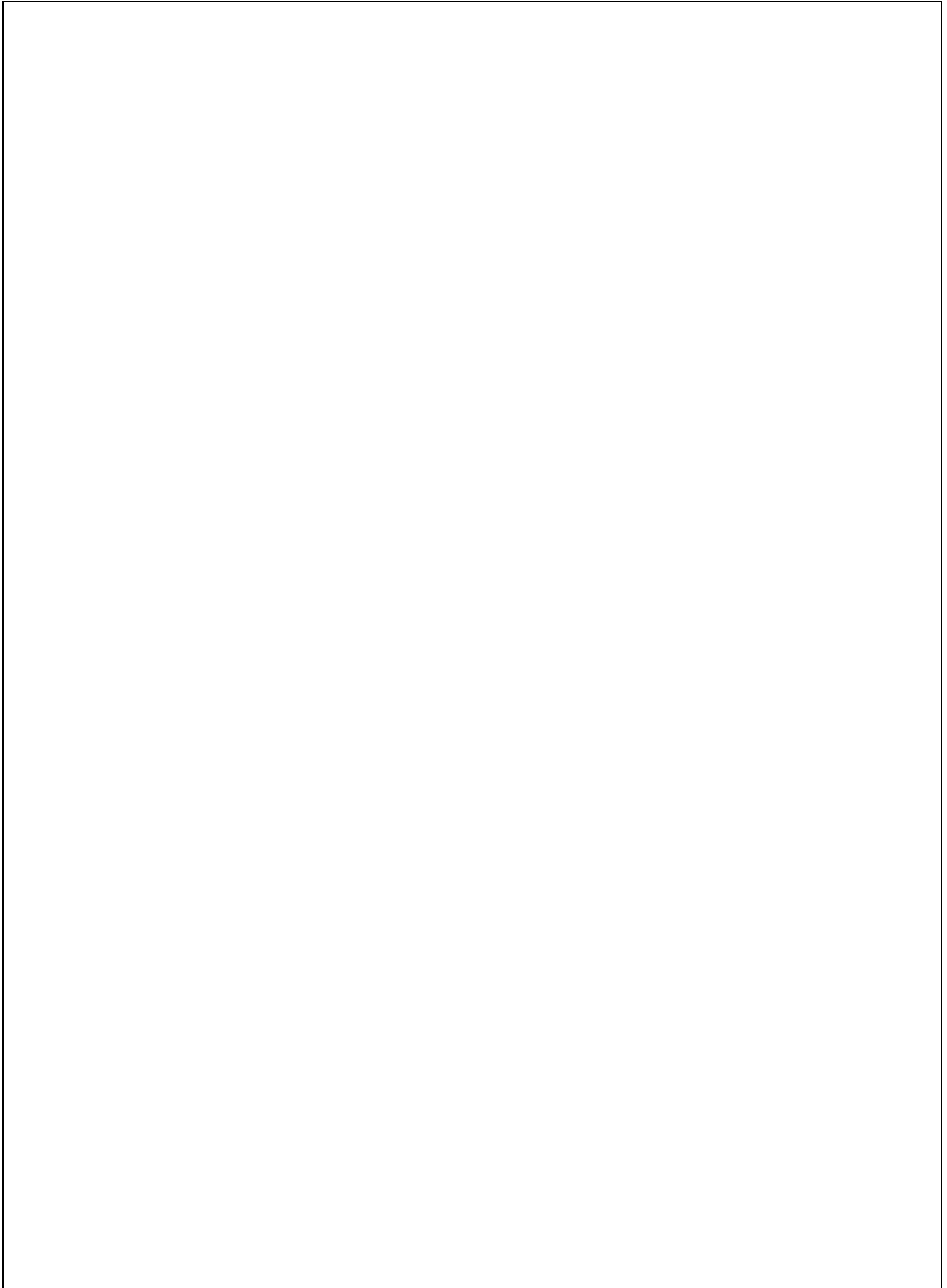


高山市認知症高齢者等SOSネットワーク登録台帳

登録番号					
登録する人の状況	ふりがな				性別
	氏名				男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	歳（申請時）
	住所	高山市			
	身体的特徴	身長	cm	体重	kg
		体型	太 ・ 小太 ・ 中肉 ・ やせ		
		髪型			
		その他			
	会話の能力	名前	いえる ・ いえない	保護時に注意してほしいこと	
		住所	いえる ・ いえない		
		年齢	いえる ・ いえない		
	徘徊行動	よく行く場所			
		今まで保護された場所			
かかりつけ医	医療機関：	医師：			
介護支援専門員	事業所：	担当ケアマネ：			
緊急時の連絡先（緊急時は、①から④の順に連絡します）					
①申請者	氏名		続柄		
	住所		電話番号	(自宅) (携帯)	
②	氏名		続柄		
	住所		電話番号	(自宅) (携帯)	
③	氏名		続柄		
	住所		電話番号	(自宅) (携帯)	
④	氏名		続柄		
	住所		電話番号	(自宅) (携帯)	
<p>上記連絡先を台帳に登録すること及びこの登録台帳の内容を地域包括支援センター及び高山警察署へ情報提供することについて、連絡先となる者及び親族（登録者の配偶者・兄弟姉妹・子・孫など）の同意を得ています。</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>					

(裏面)

登録する方の特徴がわかる写真（顔・全身）を添付してください。

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to attach a photograph of their face and full body. The box is currently blank.