

道迷いに関わる状況	外出目的	□買い物 () □通院 () □その他 ()		
	外出手段	□徒歩 □自動車 □タクシー □バス □その他 ()		
	外出頻度	□毎日 □週に何度か □週に1～2回 □月に何度か		
	外出時間帯			
	外出範囲	□隣近所 □市内 □市外 □その他 ()		
	捜索歴	□なし □あり	いつ頃： 時間帯：	発見場所： 発見者：
	警察保護歴	□なし □あり	いつ頃： 時間帯：	発見場所： 発見者：
	いつも持ち歩くもの	種類	□杖 □帽子 □バック □その他 ()	
	特徴			
【家族構成】		◎よく歩いている範囲（コースなど）		
【担当民生委員】氏名：		行きそうな場所、よく立ち寄る場所など		
電話番号：				
介護保険	要介護度	□未申請 □申請中 □自立 □サービス事業対象者 □要支援1・2 □要介護1～5		
	認知症高齢者日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ		
	利用サービス			
	居宅介護支援事業所名	担当者 ()		
	電話番号			
その他 利用サービス	<input type="checkbox"/> 災害時要援護者登録 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未) ・ <input type="checkbox"/> 救急キット申請 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> その他 ()			

※下記項目は必須です。忘れずに記載ください。

情報提供範囲	<input type="checkbox"/> 市内 (<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> SOSネットワーク協力機関・協力者 <input type="checkbox"/> 不特定多数の団体・住民) <input type="checkbox"/> 県内 (<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> SOSネットワーク協力機関・協力者 <input type="checkbox"/> 不特定多数の団体・住民) <input type="checkbox"/> 県外 (<input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> SOSネットワーク協力機関・協力者 <input type="checkbox"/> 不特定多数の団体・住民) <input checked="" type="checkbox"/> 自治会、行政区範囲内への情報提供		
	備考	その他情報提供範囲 (<input type="checkbox"/> 近隣市町村、 <input type="checkbox"/> その他：)	
同意書			
<p>私は、浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業への登録にあたり、この個人情報について、浦添市役所、浦添市地域包括支援センター、警察署が共有することに同意します。</p> <p>また、登録票の記載内容の使用が必要になった場合には、協力機関・協力者（浦添市認知症高齢者等見守りネットワーク）に情報提供を行うことに同意し、必要に応じて関係機関とケアマネージャー、医療機関、民生委員が連絡調整することを了承します。（※上記の情報提供範囲が不特定多数の団体、住民にチェックがある場合に限りです。）</p>			
登録者氏名： _____		（後見人： _____）	
代筆（家族等）： _____		支援機関サイン（身内のない方） _____	

※本登録票は、浦添市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業以外の目的で使用することはありません。

※申請事項に変更が生じた場合（寝たきり・転居・特徴など）は必ず連絡ください。

登録番号：うらそえ ・ -

【写真1】
上半身

ここに胸より上の写真を貼ってください。
撮影日： 年 月 日

【写真2】
全身

ここに全身写真を貼ってください。
撮影日： 年 月 日

※写真は、胸から上のもの1枚、全身のもの1枚を必ず貼ってください。
※できる限り、最近撮影したものを貼ってください。