

様式第1号（第3条関係）

申請日： 年 月 日

京丹後市認知症高齢者等事前登録書兼台帳

○登録者の情報

フリガナ 氏名	フリガナ (旧姓)			男・女	生年月日	年 月 日
住所	京丹後市 町			電話番号		
身長	cm	体重	kg	体型	太っている・普通・やせている	
頭髪	長髪・短髪・その他 () (色:)				よく行く場所	
めがね	無・有 (特徴:)					
行方不明歴	無・有 (いつ頃 発見場所)					
認知症状	【自分の名前が】言える・言えない			【住所が】言える・言えない		
かかりつけ医	(医療機関名)			(主治医名)		
担当ケアマネ	(事業所名)			(ケアマネ名)		

上記の登録者が行方不明になったときに迅速な対応ができるよう、あらかじめ登録情報を京丹後警察署、居宅介護支援事業所に提供し、共有することについて、

同意します 情報提供は希望しません (どちらかの□にチェックをしてください。)

○ 行方不明時の発見のため、上記の情報を基に「京丹後市行方不明高齢者発見協力依頼書」を作成し、行方不明者の発見に協力する関係機関等に情報を提供することについて

同意します 情報提供は希望しません (どちらかの□にチェックをしてください。)

(1) 同意される場合は、提供する地域及び機関等について、希望する範囲に「○」をつけてください。

地域の範囲	<input type="checkbox"/>	京丹後市
	<input type="checkbox"/>	京都府内
	<input type="checkbox"/>	他府県の隣接市町村
	<input type="checkbox"/>	隣接府県 (福井県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県)
	<input type="checkbox"/>	全国
	<input type="checkbox"/>	その他
関係機関等	<input type="checkbox"/>	行政機関
	<input type="checkbox"/>	地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/>	介護保険事業所
	<input type="checkbox"/>	認知症高齢者等SOSネットワーク
	<input type="checkbox"/>	その他 (インターネットによる不特定多数へ公表等)

(2) 発見協力依頼書による情報の提供及びその範囲については、事象発生時に改めて同意の確認をさせていただきます。

○申請者

フリガナ 氏名	⑤	続柄	
住所			
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	

○顔写真と全身写真 (できるだけ直近のもの) の2枚を提出してください。(この用紙には貼らずに、写真の裏等に本人氏名、撮影年月日を記入して提出してください。)