様式第2号（第8条関係）

登録番号：

**SOSネットワーク登録票**

登録日・変更日（　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録者 | ふりがな氏名 |  | 旧姓 |  |
| 名前以外の呼び名 |  |
| 住所 |  |
| ※過去の居住先 |
| 生年月日 | T・S　　　　年　　　　月　　　　日　　　　性別　　　男・女 |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯：　　　　　　　　　（GPS機能：有・無）※有の場合、必ず位置情報設定を行ってください。 |
| 連絡先 | 第1連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | 自宅：携帯： |
| 第2連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | 自宅：携帯： |
| 身体的特徴 | 〇体格：（小柄・中肉中背・大柄・やせ・肥満）〇身長　　　　㎝、　体重　　　　㎏〇髪型・髪色：〇顔の形：（〇・△・▽・□・卵型・その他）〇ホクロ・傷跡等：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　）〇眼鏡：有・無〇その他の外見的特徴　（円背・すり足歩行・　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 主な疾病・障害 |
|  |
| かかりつけ医（歯科を含む） |
| 電話番号： |
| 認知症状 | 名前 | □答えられる　　□旧姓（　　　　　）で答える　　□答えられない |
| 住所 | □答えられる　　□一部（市町村・番地など）で答える　□答えられない |
| 電話番号 | □答えられる　　　　□時々違う答え　　　□答えられない |
| 家族の名前 | □答えられる（誰を　　　　）　□時々違う答え　　　□答えられない |
| 意思疎通 | □簡単な会話は可能　　　□一方的に話す　　　□　会話不成立 |
| 記憶力 | □直前のことも忘れる　　□前日のことは忘れる　　□内容による |
| 繰り返し話す内容 |  |
| その他認知症状 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（車種：　　 　色：　　　ナンバー：　 　　　）□タクシー □バス □その他（　　　　　） |
| 外出頻度 | □毎日　　　　　□週に何度か　　　　　□月に何度か |
| 外出時間帯 |  |
| 外出範囲 | □隣近所　　　　　　　　　□市内　　　　　　　　　□市外具体的な場所： |
| 捜索歴 | □なし　　□あり　　いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　発見場所：　　　　　　　　　　時間帯：　　　　　　　　　　　　　　発見者： |
| 警察保護歴 | □なし　　□あり　　いつ頃：　　　　　　　　　　どこで： |
| いつも持ち歩く物 | 種類 | □杖　　　□帽子　　□バッグ　　□その他 |
| 特徴 |

（2枚目）

|  |  |
| --- | --- |
| 【家族構成】 | ◎よく歩いている範囲（コースなど） |
|  |
| 行きそうな場所、よく立ち寄る場所など |
|  |
| 介護保険 | 要介護度 | □未申請　□申請中　□自立　□要支援１・２　□要介護１・２・３・４・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 |  | 担当ケアマネージャー |
|  |
| 電話番号 |  |
| その他サービス |  |

※本人の特徴がわかる写真（胸から上のもの及び全身のもの各1枚づつ）必ず添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 胸より上の写真 |  |
| 全身の写真 |  |