

登録番号

新城市高齢者見守りネットワーク（新城市おかえり結ネット）登録票

フリガナ	姓)	名)	旧姓	性別	生年月日	
氏名 (登録者)				男・女	大・昭	年 月 日 ( ) 歳
住所	新城市			電話		
緊急連絡先①	氏名		続柄		E-mail	
	住所				電話	
緊急連絡先②	氏名		続柄		E-mail	
	住所				電話	
身体的特徴等						
身長体重	cm	kg	体型	肥満・小太り・普通・やせ形		
既往症			姿勢	普通・猫背・円背		
メガネ	なし・あり ( )		ヒゲ		頭髪	
愛称			マヒ	なし・あり(右)・あり(左)		
会話	名前	言える・言えない		住所	言える・言えない	
コミュニケーション	問題なし・困難・( )					
その他の特徴	(左耳が遠いので右耳から話しかけるなど)				写真 (裏面貼付)	なし・あり (撮影時期 年頃)
かかりつけ の医療機関	名称				担当医	
	住所				電話	
担当事業所 (居宅・包括)	名称				担当者	
	住所				電話	
徘徊歴	なし・あり (発見された場所: )					
要介護度	事業対象者・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・非該当・申請中・未申請					

私は、上記の「新城市高齢者見守りネットワーク（新城市おかえり結ネット）登録票」（以下「登録票」という。）を作成し、新城市おかえり結ネットに対して登録者の情報を提供するにあたり、下記について同意します。

- ①新城市おかえり結ネット（事務局：新城市健康福祉部高齢者支援課）で「登録票」を保管することを承諾します。
- ②行方不明等により、警察署から登録状況及び登録情報の照会を受けたときは、「登録票」で登録された情報を提供することを承諾します。
- ③行方不明等により、警察署に対して上記の登録者に係る検索願などの届出がされた場合、検索活動を行うために新城市おかえり結ネットに登録された構成機関及び他市町村に対して「登録票」で登録された情報又は警察署より提供を受けた情報を配布・提供することを承諾します。
- ④問題及び事故等が生じた場合は、自己責任とし、他には責任を問いません。

(同意人署名欄)

署名日	年 月 日	見守りシール	<input type="checkbox"/> 希望する
住所		電話	
氏名	印	続柄	
自署の場合は押印省略可			

(立会人署名欄) ※居宅介護支援事業所職員又は地域包括支援センター職員等

氏名	所属等
備考	

市記入欄	写真等更新日 / / 、 / / 、 / /
------	------------------------

# 写真 (全身)

撮影時期

年

月

日 頃

# 写真 (顔)

撮影時期

年

月

日 頃