

中津川市認知症みまもりのわ SOS ネットワーク登録台帳

年 月 日作成

登録者氏名			登録番号			
登録者住所	中津川市		生年月日	年 月 日		
身体的特徴	身長	cm	体重	kg		
	体型 (肥満・小太り・普通・やせ型)		眼鏡 (無 ・ 有)			
	その他					
認知症の状況	名前を (言える・言えない)		住所を (言える・言えない)			
	今までに行方不明になったことが (ある ・ ない)					
	今までに保護された場所					
行動について	良く行くところ					
	外出時の特徴・持ち物など					
かかりつけ医	医療機関名			(電話)		
	主治医					
介護支援専門員	事業所名			(電話)		
	担当ケアマネジャー					
要介護度	要支援 () ・ 要介護 ()					
介護サービス等 利用状況	利用なし	事業所名		利用内容・頻度		
	利用あり (右記に記入)					
その他	※保護の対応時等に注意することなど					

世帯の状況		氏 名	生年月日	続柄	電話番号
	①				
	②				
	③				
その他連絡先	⑤	氏名		続柄	
		住所		電話番号	
	⑥	氏名		続柄	
		住所		電話番号	

※裏面あり

【その他登録する方の特徴が分る内容の記入及び写真（顔・全身）を添付してください。】