

帯広市認知症高齢者等 SOS ネットワーク  
事前登録申請書

□年 □月 ×日

帯 広 市 長 様

【申請者】

申請する方（ご本人、ご家族等）の情報を記入ください

住所 帯広市〇〇×××

氏名 △△ △△ 続柄（娘）

電話番号 0155-11-1111

別紙「帯広市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業事前登録に係る同意事項」を確認した上で、帯広市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業における事前登録を行いたいので申請します。

登録者基本情報

ふりがな 氏名	.....	性別	男・女
	□□ □□ (旧姓: ××)	生年月日	○年 ○月 ○日生
住所	帯広市△△〇〇	電話番号	090-0000-0000
関係機関	介護支援専門員 事業所・担当者:	電話( )	
	かかりつけ医療機関 名称・主治医:	ない場合は記載不要です 電話( )	
緊急連絡先	氏名 ×× ××	続柄 姪	住所 帯広市 ..... 電話 080.....
		弟	住所 音更町 ..... 電話 0155.....

診断を受けている場合は、該当するものに○をつけてください。  
(診断を受けていない場合は空欄、その他の種類の場合は欄外に記載)

- ・AD: アルツハイマー型
- ・Vad: 脳血管性
- ・DLB: レビー小体型
- ・FTLD: 前頭側頭型
- ・MCI: 軽度認知障害

特記事項

全身と顔が写っているものを提出してください	体型	太め・普通・やせ気味
	聞こえ	悪い・良い
	住所	言えない・言える
髪型・髪色	診断有無	認知症(AD・Vad・DLB・FTLD)・MCI
意思疎通	会話が成立しない・一方的に話す・簡単な会話は可能	
警察保護歴	無・有 ※有の場合、状況等を記載	
行動範囲	比較的遠くまで移動可能・近隣のみ	
移動手段	移動手段: 車 / 公共交通(無料バス乗車証 無・有) / 自転車 / 徒歩	
特記事項	(いつも持ち歩くもの、よく行く場所、前住所・出身地、職業、保護時に注意・対応してほしいこと等) 近隣スーパーへひとりでよく出かける、「〇〇」と話しかけると落ち着く ...	

いずれかを選択し□へチェックしてください

※担当課記入欄

受付印	受付書類	情報提供
	□申請書 □写真( 枚)	□帯広警察署 年 月 日 □担当の地域包括支援センター ( ) 年 月 日