　様式第１号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録番号 |  |  |

行方不明高齢者事前登録書

届出者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 |  | | 続柄 |  |
| 住　　　　　所 |  | | | |
| 電話番号（自宅） |  | 電話番号（携帯） | |  |

対象者の基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | 旧　姓 | | | ( 　　 　 ) |
|  | | | |  |
| 住　　　　　所 |  | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | 性別 | | | 男 ・ 女 | |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | 年齢 | | | 歳 | |
| 特　　　　　徴 | 身長 | cm | | 体型 | | | やせ型・中肉・太り気味 | |
| 髪 | 長髪・短髪　　　　　　黒髪・白髪・茶髪・金髪 | | | | | | |
| 癖 |  | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |
| 装用品・持ち物 | めがね | あり・なし（色・形　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |
| 名　　　　　前 | 言える・言えない | | 住　　　所 | | | 言える・言えない | | |
| 特　記　事　項 | 過去の徘徊経歴 | | | | | | | |
| 行きそうな場所（以前の居住地や好きな場所） | | | | | | | |
| 外見や行動の特徴 | | | | | | | |
| 保護時にして欲しいこと、対応に注意して欲しいこと、呼び方など | | | | | | | |
| かかりつけ医 | 医療機関名：　　　　　　　　　医師名： | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名：　　　　　　　　　　ケアマネジャー名： | | | | | | | |

□写真を添付する

|  |
| --- |
| 写真  （正面）  ※写真は原則直近１年内に撮影したもの |

|  |
| --- |
| 写真  （全身）  ※写真は原則直近１年内に撮影したもの |

□電子データを使用する

[houkatsucare@city.fukui.lg.jp](mailto:houkatsucare@city.fukui.lg.jp)に画像を添付してください。

|  |
| --- |
| **同　　意　　書** |
| 福井市行方不明高齢者の事前登録をするにあたり、次の事項に同意します。  １　事前登録した個人情報を、管轄の警察署、地域包括支援センター及び地区を担当する民生児童委員に対し、提供することに同意しますか。  （　　はい　　・　　いいえ　　）  ２　行方不明発生時において、見守りネットワーク協力事業者へ情報提供することに同意しますか。  （　　はい　　・　　いいえ　　）  ３　行方不明発生時において、市外に情報提供することに同意しますか。  （　　はい　　・　　いいえ　　）  令和　　　年　　　月　　　日  届出者  〔代理　　　　　　　　（続柄）　　　〕 |