

認知症等行方不明SOS届 < 依頼・解除 >

各関係機関 御中

川崎市認知症等行方不明SOSネットワーク事業実施要綱に基づき、次の高齢者等の発見について協力を 依頼・解除 します。

届出者 氏名 _____ 続柄 (_____) TEL (_____)

フリガナ				性別	事前登録	済・未・不明	
本人の氏名					登録 No.		
		旧姓： _____ (_____ 歳)			警察への通報	未・済	
行方不明になった時の状況	日 時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 初めて・二度目・度々					
	場 所	いなくなった場所 (くわしく)					
		いなくなった状況 (くわしく)					
	外見上の特徴	○身長： ○体型：太め・普通・やせ気味 ○上着衣： ○下着衣： ○その他：			○頭 髪： ○眼 鏡： ○履 物： ○持 物： ○所持金：		
名前・住所	言える ・ 言えない			SOSネームプリント等	有 ・ 無		
他都市への依頼有無		あり ・ なし		依頼先都市			
〔特記事項〕 *保護時に注意してほしいこと・以前行きたがっていた場所、保護された場所など*							
〔備考〕 *保護までの経過を記入*							
<input type="checkbox"/> 警察署への保護確認 <input type="checkbox"/> 消防(救急車)への搬送確認 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの連絡 <input type="checkbox"/> 発見日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 発見場所 _____ <input type="checkbox"/> 発見者 _____ <input type="checkbox"/> 発見状況 _____							
〔解除連絡〕							
<input type="checkbox"/> 連絡日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分							
連絡発信元	登録機関名			担当者名			
	TEL			FAX			