様式第１号添付（第５条関係）

認知症高齢者等通信システム情報登録票

ID（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用対象者氏名 |  |
| １　利用対象者のニックネーム |  |
| ２　生　年　月 | 西暦　　　　　年　　　　月 |
| ３　性　別 | 男　・　女 |
| ４　身体的特徴  ※左記以外にメガネの装着など具体的な特徴を記載してください。 | 身長（　　　　　　）㎝  体重（　　　　　　）㎏  髪型（　　　　　　　　）  体型（　　　　　　　　）  その他 |
| ５　既往歴  ※認知症や糖尿病など、今までかかった大きな病気などを記載してください。 |  |
| ６　保護時に注意すべきこと  ※「右耳が聞こえにくいので左側から話しかけてください。」  ※「糖尿病があります。手指が震えて冷や汗が出ているようなら低血糖発作の可能性があるので、持っているあめを舐めるよう勧めてください。」など保護時の対応方法について発見者へのアドバイスを記載してください。 |  |
| ７　発見通知メールアドレス  ※緊急連絡先（身元引受人）に設定した家族等のメールアドレスを記載してください。発見通知メールが届きます。 | 緊急連絡先①メールアドレス |
| 緊急連絡先②メールアドレス |

※１から７が通信システムに登録する情報です。太枠の中をご記入ください。