

## 大船渡市高齢者等見守り情報共有システム推進事業利用申請書(登録シート)

大船渡市長宛

年 月 日

本事業の利用について、下記のとおり申請します。

### 1 対象者の情報等

<b>対象者</b>	フリガナ		◆生年月日(登録は年月まで)
	氏名		大正・昭和・平成 年 月 日
	◆性別	男 ・ 女 ・ 申告なし	
	住所	大船渡市	
	施設入所の有無	施設に入所していますか? いいえ ・ はい (入所している場合、本事業は利用できません。)	
	申請理由	該当するいずれかの番号に○をつけ、③の場合は内容をご記入ください。 ①認知症の診断がある ②認知症等により行方不明となる恐れがある ③その他( )	
	◆対象者のニックネーム	※呼ばれて返事をしてもらえる愛称 個人情報保護の観点から <u>氏名(姓名・フルネーム)</u> での登録はできません。 例:「お父さん」、「先生」等ご自宅や職場で呼ばれていた愛称	
	◆身体的特徴	※身長や体形、メガネの有無、よく身に着けているもの等 例:身長150cm、中肉中背、白髪頭、めがね使用	
	◆既往症	※今までにかかった大きな病気等 例:認知症、糖尿病	
	◆保護時に注意すべきこと	※発見した方へのアドバイスとなります。具体的な対応方法を記入してください。 例:右耳が遠いので左耳から話しかけてください。 「おじいさん」と話すと怒りやすくなるので、「先生」と話しかけてください。 汗や震えがあったら低血糖の可能性があるので、左胸ポケットに入れている飴をなめるように勧めてください。	

◆部分がどこシル伝言板に登録されます。

2 申請者・連絡先の登録情報等

<b>申請者・連絡先①</b>	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	大船渡市	
	電話番号		
	◆ 発見通知メールアドレス		
<b>連絡先②</b>	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	大船渡市	
	電話番号		
	◆ 発見通知メールアドレス		
<b>連絡先③</b>	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	大船渡市	
	電話番号		
	◆ 発見通知メールアドレス		

◆部分がどこシル伝言板に登録されます。

3 個人情報の取り扱いについて

事業を利用するに当たり、申請内容に係る個人情報を対象者の早期発見及び事故の未然防止のため、警察等の関係機関へ提供することに同意します。

また、市職員が事業の利用状況等について、閲覧することについても同意します。

申請者：氏名 \_\_\_\_\_

市使用欄：番号