第5条関係

海南市見守り・安心ネットワーク登録届

受付日　　年　　月　　日

＜本人の状況＞

ふりがな	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒 TEL
特　　徴	身長:　　cm ／　体重:　　kg ／ 体格（肥・小肥・中肉・やせ）　頭髪（　　） 視力（普通・弱視・全盲）　眼鏡（有・無） 聴力（普通・やや難・難聴）　補聴器（有: 右・左・両耳，無） 言語（普通・やや不自由・不自由） 移動手段（徒歩・自転車・公共交通・自家用車） その他（　　）
過去の行方不明歴	
かかりつけ医療機関	医療機関名: 主治医:　　TEL　:
病名・服薬中の薬	
介護保険	担当ケアマネージャー:　　所属: 介護度:　　TEL　:
障害福祉サービス	相談支援専門員:　　所属:　　電話: 障害者手帳（知的障害・精神障害　:内容　　支援区分:　　）
その他	＊日頃の呼び名など

＜現在関わりのある機関など＞

機関名	状況

上記の情報を海南市役所に事前登録すること及び緊急時に協力機関に提供すること、並びにこの登録届の写しを和歌山県警察に提供することに同意します。

年　　月　　日

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との続柄:　　）

住所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯TEL:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※裏面に御本人の全身が入った写真と、顔写真を貼付してください。