**どこシル伝言板登録シート**太枠内の情報についてご記入ください。

記入例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保護対象者氏名** | **○○　△△** | **記入日** | **令和〇年　〇月　〇日** |
| **記入者氏名** | **○○　□□** | **記入者電話** | **０９０‐○○○○‐○○○○** |
| **発見通知****メールアドレス** | **＠　　　　　　　　　　　（氏名　　　　　　　続**発見時に通知を受けるメールアドレスです。迎えに行くことが可能な方を最大３件まで登録できます。（例）主介護者、ご家族などのメールをご登録ください。　　　　　続柄は、妻、夫、長男、長女など具体的にご記入ください。 |
| **＠　　　　　　　　　　　（氏名　　　　　　　続** |
| **＠　　　　　　　　　　　（氏名　　　　　　　続** |

以下の内容が、どこシル伝言板でQRコードを読み取られた際に表示される内容です。

呼ばれて返事をしてもらえる愛称を記入してください。

個人情報保護の観点から、本名での登録はできません。

（例）「お父さん」「先生」など、ご自宅や職場で呼ばれていた愛称を記入してください。

上記の保護対象者氏名、記入者氏名は表示されません。

**高齢者見守り・SOSネットワーク事前登録届と同時に提出される場合は、＊印欄の記入を省略いただいてもかまいません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **保護対象者の****ニックネーム** |  | **＊生年月日** | **西暦　　　　年　　　　　月** |
| **＊性別** | **男　　・　　女** |  |
| **特徴** | **＊身長** | **１５０　　㎝ほど** | **＊姿勢** | **腰が曲がっている** |
| **＊体重** | **５０　　㎏ほど** | **＊体格** | **太っている・ふつう・やせている** |
| **＊頭髪** | **白髪交じりの短髪** | **＊眼鏡** | **有　　・　　無** |
| **名前** | **言える　・　言えない** | **杖の使用** | **有（１本杖、黒色　）・　無** |
| **その他**今までにかかった大きな病気など記入してください。医学的にリスクの高い順に記入してください。特に長時間の行方不明でリスクの生じやすいものは記入してください。（例）糖尿病、高血圧、狭心症、脳卒中、腎臓病など | よく身につけている物、よく話す内容などあれば記入してください。 |
| **既往歴** |  |
| **＊認知症の有無** | **有　　　・　　　無** |
| **＊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。症状に対する具体的な対応方法などを記入してください。（例）・右耳が遠いので、左耳に話しかけてください。　　・「おじいさん」と話しかけると怒りやすくなるので、「先生」と話しかけてください。　　・汗や震えがあれば、低血糖の可能性がありますので、所持している飴をなめるように勧めてください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付日** | **年　　月　　日** | **入力日** | **年　　月　　日** | **保護対象者ID** |  |
| **備考** |  |

事務局使用欄