



## おおた高齢者見守りネットワーク事業

# SOSみま～もキーホルダー登録システムについて

**大森地域福祉管内にお住まいの65歳以上の方が対象になります。**

**SOSみま～もキーホルダー登録システム**は、あなたがもし、外出先で突然倒れ、救急搬送された場合など、迅速に、住所・氏名等の確認が行えるようにするためのものです。また、認知症の方の徘徊などで、警察に保護された場合にも同様に役立つものです。**キーホルダー**が目印になり、搬送先病院や警察などが、さわやかサポートへ連絡し、あなたの登録状況を確認することができます。

### 注意・確認事項

【申込用紙の記入・取り扱いについて】

- 登録情報は担当さわやかサポートにおいて受付及び管理します。
- 申し込み者は基本のご本人又はご家族とします。
- 情報に変更が生じた場合は、早急にさわやかサポートへご連絡下さい。
- 緊急連絡先に記入された方には、事前に登録について同意を得ておいて下さい。

【キーホルダーの使用について】

- キーホルダーは必ず外出の際は携帯して下さい。
- キーホルダーを紛失・破損した場合は、早急にさわやかサポートにご連絡下さい。

【個人情報について】

- さわやかサポートが必要と判断した場合、登録情報を搬送先病院、又は警察等、必要機関へ提供します。

表



担当さわやかサポートの連絡先が記載されています。

裏



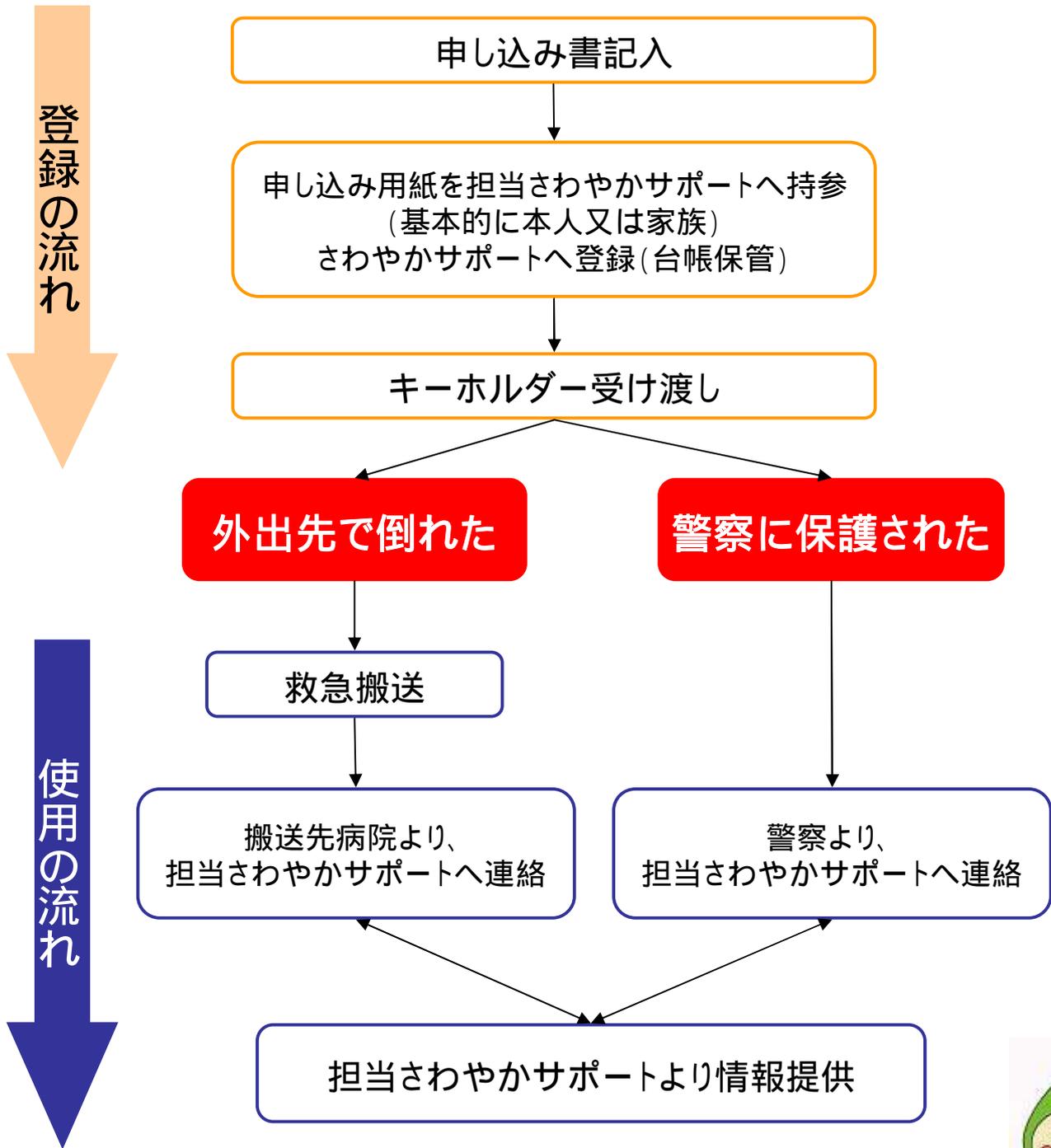
本人を確認するための番号(登録番号)が記載されています。



連絡先

- |  |               |             |
|--|---------------|-------------|
| ・ 入新井特別出張所管内にお住まいの方  | さわやかサポート入新井   | 3762 - 4689 |
| ・ 新井宿特別出張所管内にお住まいの方  | さわやかサポート大森医師会 | 3772 - 2415 |
| ・ 池上特別出張所管内にお住まいの方   | さわやかサポート徳持    | 5748 - 7202 |
| ・ 馬込特別出張所管内にお住まいの方   | さわやかサポート馬込    | 5709 - 8011 |
| ・ 大森西1～7丁目にお住まいの方  | さわやかサポート大森    | 5753 - 6331 |
| ・ 大森中1丁目1～21、2丁目1～12・19～24、<br>3丁目1～5・9～36、大森東1～3丁目、<br>大森本町1丁目9～11、2丁目にお住まいの方 | さわやかサポート平和島   | 5767 - 1875 |

# SOSみま～もキーホルダー登録システム 流れ



キーホルダーは、外出時に必ず持ち歩くものにつけましょう！





# SOSみま～もキーホルダー登録システム申込書

記入日 年 月 日

氏名(フリガナ)	
ご住所	
電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
緊急連絡先	氏名 _____ 続柄(_____) 電話番号: 住所:
緊急連絡先	氏名 _____ 続柄(_____) 電話番号: 住所:
かかりつけ 医療機関	電話番号:
主治医名	_____ 科 医師名
病歴	
内服薬	
アレルギーの有無	無・有(内容 _____)
認知症	無・有 徘徊(有・無) その他症状(_____)
介護保険認定 担当ケアマネジャー	無・有(_____) 無・有 事業所名: 氏名: _____ 電話番号: _____
情報提供同意欄	登録情報は、本システムの目的に基づき、担当さわやかサポートによって必要と判断された場合に、必要機関へ情報提供することに同意します。 (本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。) 本人署名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

(ここから下は、さわやかサポートが記入します。)

登録番号		キーホルダー 受け渡し		台帳登録	
------	--	----------------	--	------	--



# SOSみま～もキーホルダー登録システム申込書

## (記入例)

記入日 年 月 日

氏名(フリガナ)	大田 花子 (おおた はなこ)		
ご住所	大田区大森 - - さわやかアパート101		
電話番号	03 - 1234 - 5678		
生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> 年 月 日		
緊急連絡先	氏名 大森 一郎	続柄(長男)	連絡のつきやすい方から順に記入して下さい
	電話番号: 03-9876-5432	080-9876-5432	
	住所:大田区池上		
緊急連絡先	氏名 大森 二郎	続柄(次男)	連絡のつきやすい方から順に記入して下さい
	電話番号: 045-123-4567	090-1234-5678	
	住所:横浜市		
かかりつけ医療機関	病院 電話番号:03 - 2345 - 6789		
主治医名	科 医師名		
病歴	今までかかった病気・現在治療中の病気について記入してください		
内服薬	お薬手帳などで確認して記入してください		
アレルギーの有無	無・有(内容 卵、薬(アスピリン) ) 具体的な内容を記入して下さい		
認知症	無・有 徘徊(有・無) その他症状( ) で困って下さい		
介護保険認定担当ケアマネジャー	無・有(要支援) 要介護認定区分を記入して下さい 無・有 事業所名: 氏名: 電話番号:		
情報提供同意欄	登録情報は、本システムの目的に基づき、担当さわやかサポートによって必要と判断された場合に、必要機関へ情報提供することに同意します。 (本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。) 本人署名 大田 花子 代筆者氏名 (続柄)		