どこシル伝言板登録シート

記入日：　　年　　月　　日
記入者：

対象者氏名	

下記情報を、どこシル伝言板で保護対象者情報登録をするためご記入ください

①保護対象者のニックネーム			②生年月日	西暦　　年　　月
③　性別		男　・　女		
④特徴	身長	㎝位	体重	kg位
	めがね	有　・　無	体型	痩せ形・中肉中背・太り気味
	姿勢	ふつう　・　猫背	髪型･髪色	
	名前	言える　・　言えない	杖等の使用	有（　　）・無
	話し方		その他（行動ほか）	
	歩き方			
⑤　既往歴				
		認知症の有無	有　・　無	
⑥保護時に注意すべきこと				
⑦発見通知メールアドレス（必須）		@		
		@		
		@		

事務局確認欄

受付日	年　月　日	入力日	年　月　日	保護対象番号	AA
備　考					

どこシル伝言板登録シート

記入例

記入日：令和〇年〇〇月〇〇日
記入者：　〇〇　△△

対象者氏名	

＊本名は絶対に記入しないでください。
＊特になければ、「お父さん」「お母さん」「先生」など一般的な呼称を記入してください。

下記情報を、どこシル伝言板で保証

①保護対象者のニックネーム				
③　性別		男　・　女		
④特徴	身長	150　cm位	体重	50　kg位
	めがね	有　・　無	体型	痩せ形・中肉中背・太り気味
	姿勢	ふつう　・　猫背	髪型･髪色	（例）白髪で短髪
	名前	言える　・　言えない	杖等の使用	有（一本杖、黒色）・無
	話し方			
	歩き方			
⑤　既往歴				
⑥保護時に注意すべきこと				
⑦発見通知メールアドレス（必須）				

＊医療的なリスクが高いものから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、心疾患、脳血管疾患、腎疾患　等

症状に対しての対応方法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。
・場所が分からないと思われたくないため、「どちらに行く途中ですか？」と話しかけてください。
・話をすぐ忘れるので、必要な時は何回も繰り返してください。
・汗や震えがある場合、低血糖の可能性があるため、所持している飴をなめるように勧めてください。　等

迎えに行くことが可能な方のメールアドレスを記入してください。（3件まで登録可）

事務局確認欄

受付日	年　月　日	入力日	年　月　日	保護対象番号	AA
備　考					