

受 付 印	
-------------	--

連絡日	年 月 日 (曜日)
-----	--------------------------

石巻市「食」の自立支援事業安否確認報告書

事業者名			担当者		
利用者	氏名			登録番号	
	住所				
緊急連絡先	第1	氏名		関 係 (続柄)	
		住所			
	第2	氏名		関 係 (続柄)	
		住所			
発生日時	年 月 日 (曜日)			午前・午後	時 分頃
該当件名	☐ 利用者の異常を発見し緊急対応（救急車の手配等）を行った				
	☐ 利用者の様子が普段と違っており担当ケアマネジャー等へ連絡				
	☐ その他				
状 況 (具体的に記入)					
対 応 (具体的に記入)					
備 考					
経由機関名				担当者	電話