

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	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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