

F A X 送信先： 079-221-2946 (地域福祉課福祉つながる窓口)

姫路市地域見守りネットワーク連絡票

報告会社名	
担当部署	
担当者	
電話	
現場確認者	

※分かる範囲で記入して下さい。

確認日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃
対象者氏名	(ふりがな) (男・女) (年齢 才位・不明)
対象者住所又は邸名	姫路市
異 変 等 ※該当する項目にチェックを入れてください。 (複数選択可)	外 観 <input type="checkbox"/> 郵便物、新聞等の配達物が取り入れられていない状態が続いている。 <input type="checkbox"/> 不自然に室内の電灯が点いたままの状態が続いている。 <input type="checkbox"/> 配達物や検針票をいつもは手渡す人に会えない状態が続いている。 <input type="checkbox"/> 異臭・異音がする状態である。 <input type="checkbox"/> その他 ()
	本人の姿 <input type="checkbox"/> 以前と比べて、歩行等の動作が不自由になっている。 <input type="checkbox"/> 極端に痩せている、顔色が悪い、生気がない、不自然なケガ・アザが見られる。 <input type="checkbox"/> 認知症なのかかわからないが、 <u>家の付近</u> をはいかいしている。 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	※どのような状況なのか、情報があればご記入ください。

 ※市役所記入欄

受信課 ()	対応担当課 ()	対応内容
受信者 ()	対応担当者 ()	
受信日時	対応日時	
(月 日 時 分)	(月 日 時 分)	