

令和 年 月 日

高知市長様

在宅高齢者配食サービス事業緊急対応報告書

1 報告者 (事業所)		法人名			職名： 氏名：
		店舗名			
		所在地	高知市		TEL
2 対象者 (利用者)		氏名		生年月日	
		住所			
		家族等の 連絡先	住所		
緊急 対応	日時	令和 年 月 日 () AM／PM			
	場所				
	原因	・病状急変 (意識あり・意識なし) ・転倒 (自分で動ける・動けない) ・死亡発見 ・その他 ()			
経過と対応について		※ 救急車搬送 (有・無)		※ 警察検視 (有・無)	
3 概要		家族への連絡・対応について			
4 その他		特記事項			