



様

見守り確認票 *介護度

作成日 /

作成者 /

気づいたことがありましたらケアマネにお知らせ下さい

裏面に緊急連絡先が記入してあります。

【長所】

性質・性格	技能・才能	関心・願望	環境

【生活支援・地域支援】

サービス名	頻度・支援内容

【医療】

医療機関名	頻度
主治医	
医師	
医師	
医師	

【身体上の注意点】

【地域】

加入自治会	自治会
担当民生委員	
サロン	
災害時の対応	

【介護】

サービス種別	事業所名	利用日
	☎	
	☎	
	☎	
	☎	

本人の思い	家族の思い

私はこの情報を共有することに同意します
署名



【家族・親族支援】

もしもの時の緊急連絡先

【居宅介護支援事業所】



担当ケアマネ

救急車  119

警察  110

【かかりつけ医】 病院名 担当医 

①

②

【家族・親族の連絡先】 氏名（続柄） 

①


()

②

()

【緊急避難場所】 災害 地震時/
風水害時/

* 災害時、地震か風水害により地域避難所が違う為、社協ホームページにて「地番と地区の一覧表」「避難所一覧」を参照し記入

開成町地域包括支援センター（社協内） 平日8：30～17：00  83-7688 お気づきの点がございましたら、ご連絡下さい