

利用者名		住所	
------	--	----	--

訪問日時	平成 年 月 日 :	担当者	
受け渡し	<input type="checkbox"/> 利用者本人に受け渡した	受取確認印	
	<input type="checkbox"/> 受け渡しできなかった		

確認項目例		具体的内容
家の様子	<input type="checkbox"/> 新聞や郵便物が溜まっている <input type="checkbox"/> ゴミが溜まっている <input type="checkbox"/> 庭が荒れている <input type="checkbox"/> 異臭がする <input type="checkbox"/> カーテンが閉まったままになっている <input type="checkbox"/> 洗濯物が干しっぱなしになっている <input type="checkbox"/> 目新しいダンボールや新しい商品が目立つ	
本人の様子	<input type="checkbox"/> お風呂に入っていない様子 <input type="checkbox"/> 体調が悪そうだ <input type="checkbox"/> 心配ごと、困りごとがありそうだ <input type="checkbox"/> 怪我をしている <input type="checkbox"/> 季節に合わない服を着ている <input type="checkbox"/> 会話がかみ合わない、同じ話を繰り返す	
本人との会話	<input type="checkbox"/> ご近所や知人・友人との交流状況 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 福祉サービスの利用 <input type="checkbox"/> 体調 <input type="checkbox"/> 心配ごと、困りごと	
ケアマネ・家族からの確認依頼事項	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

その他	
-----	--

対応	
----	--