

筑西市高齢者配食サービス事業調査票

調査日		R 年 月 日	調査担当者																
聞き取り相手方		本人・ケアマネ・親族（ ）・その他（ ）																	
利用者氏名			利用者年齢																
介護認定		なし・申請中・要支援（ ）・要介護（ ）・総合事業対象者 →65 歳未満の方は要支援または要介護認定がないと利用できません																	
世帯構成		☐ ひとり暮らし →同一敷地内に親族の家がある場合、ひとり暮らしではありません ☐ 同居者あり→全員が対象者でないと利用できません																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>同居者氏名</th> <th>年齢</th> <th>介護認定</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			同居者氏名	年齢	介護認定												
		同居者氏名	年齢	介護認定															
申請理由	調理・食事調達が困難な理由	1. 疾病 病名（ ） 2. けが 内容（ ） 3. 障害 内容（ ） 手帳：身体・精神・知的 _____ 級 4. 認知症状 5. 心身の不調 詳細： 6. その他（ ） →心身の障害・傷病等以外の理由では利用できません																	
	上記理由によりどのように調理・食事調達が困難ですか（当てはまるものをすべて選んでください）	<table border="0"> <tr> <td>1. 長く立ってられない</td> <td>9. 手が不自由</td> </tr> <tr> <td>2. 認知機能低下・認知症状</td> <td>10. 目が不自由</td> </tr> <tr> <td>3. 体力・筋力低下</td> <td>11. めまい</td> </tr> <tr> <td>4. 転倒の危険</td> <td>12. 精神症状</td> </tr> <tr> <td>5. 歩行困難</td> <td>13. その他</td> </tr> <tr> <td>6. 体の痛み</td> <td rowspan="2">〔 〕</td> </tr> <tr> <td>7. 火気の扱いが危険</td> </tr> <tr> <td>8. 呼吸が苦しい</td> <td></td> </tr> </table> →どこかに○が付いていないと利用できません			1. 長く立ってられない	9. 手が不自由	2. 認知機能低下・認知症状	10. 目が不自由	3. 体力・筋力低下	11. めまい	4. 転倒の危険	12. 精神症状	5. 歩行困難	13. その他	6. 体の痛み	〔 〕	7. 火気の扱いが危険	8. 呼吸が苦しい	
	1. 長く立ってられない	9. 手が不自由																	
2. 認知機能低下・認知症状	10. 目が不自由																		
3. 体力・筋力低下	11. めまい																		
4. 転倒の危険	12. 精神症状																		
5. 歩行困難	13. その他																		
6. 体の痛み	〔 〕																		
7. 火気の扱いが危険																			
8. 呼吸が苦しい																			
上記症状の詳細																			

担当ケアマネ	事業所名： TEL： 担当ケアマネ氏名：					
介護サービス	月	火	水	木	金	土
	福祉用具等：					
見守りの必要性	☐ 必要 ☐ 不要→ 利用できません					
見守りの状況	見守り者： 訪問日または頻度：毎週（ 月・火・水・木・金・土・日 ） 不定期（ 回／ 週・ 月・ 年 ） 訪問時刻： 午前・午後 時 ～ 時 頃 → 毎週定期的に見守りのある日時には利用できません					
愛の定期便利用	☐ なし ☐ あり 継続希望（ 月・火・水・木・金 ） ・ 廃止希望 → 愛の定期便利用日は配食利用不可					
食料品の買物	☐ 自力で問題なく行ける→ 利用できません ☐ 困難 困難な理由（ ） ☐ 一人での外出不可能					
手渡し受け取り	☐ 可 ☐ 不可→ 置き渡しはできません 備考（ ）					
栄養状態	体型： やせている ・ 標準 ・ 太っている 食事回数： 回 / 日（ ） 体重変化（半年以内）： 減少 ・ 変化なし ・ 増加					
かかりつけ 医療機関	通院 ・ 往診 回／ 週・ 月・ 年 病名： 医療機関名：					
業者からの訪問前 電話連絡先	☐ 本人 ☐ 緊急連絡先1 ☐ 緊急連絡先2 ☐ その他（ ） ↑ 業者との代金支払い方法等打ち合わせの電話対応ができる方					
特記事項等						