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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　1. 認知症状
2. 心身の不調　　詳細：
3. 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） | 1. 長く立っていられない
2. 認知機能低下・認知症状
3. 体力・筋力低下
4. 転倒の危険
5. 歩行困難
6. 体の痛み
7. 火気の扱いが危険
8. 呼吸が苦しい

**→どこかに○が付いていないと利用できません** | 1. 手が不自由
2. 目が不自由
3. めまい
4. 精神症状
5. その他

　 |
| 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 |  |