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 | |  | | | | | | | | | | |