

# 配食サービス調査票

※記入者は家族、支援者等どなたでも構いません。

年 月 日

<b>記入者</b>	(対象者との続柄)	<b>住所</b>	
------------	-----------	-----------	--

<b>対象者</b>		<b>住所</b>	
------------	--	-----------	--

<b>四肢機能</b>	1. 問題なし 2. 問題あり( )
-------------	--------------------

<b>転倒の危険性</b>	1. 問題なし 2. 問題あり( 過去1年間の転倒 有・無 )
---------------	---------------------------------

<b>視力</b>	1. 問題なし 2. 問題あり( )
-----------	--------------------

<b>聴力</b>	1. 問題なし 2. 問題あり( )
-----------	--------------------

<b>認知機能</b>	1. 問題なし 2. 問題あり( )
-------------	--------------------

<b>病歴等特記事項</b>		<b>障害手帳</b>	身体・療育・精神 手帳 ( 種 級 )
----------------	--	-------------	------------------------

<b>サービス利用状況</b>	<b>サービス名</b>	<b>事業所名</b>	<b>電話番号</b>	<b>利用日</b>
	ヘルパー		( ) -	月・火・水・木・金・土・日
	デイサービス		( ) -	月・火・水・木・金・土・日
			( ) -	月・火・水・木・金・土・日
			( ) -	月・火・水・木・金・土・日

<b>食事について</b>	・食事に関する医師の指示 無・有( ) ・調理は 1. 自分でできる 2. 簡単なものならできる 3. できるが身体的な負担が大きい 4. できない ⇒3, 4の場合理由( ) ・食事支援 1. 家族(月・週 回) 2. ヘルパー支援(週 回) 3. 同居家族 4. 支援なし
---------------	---

<b>買い物について</b>	・買い物は 1. 自分で行っている 2. 誰かに行ってもらっている ⇒1の場合の手段( A. 徒歩、自転車 B. 車 C. 公共交通機関 D. その他 ) ⇒2の場合 誰に( ) どれぐらいの頻度で( ) ・その他特記事項( )
----------------	---

<b>必要性</b> (身体状況を含めて詳しく)	
-----------------------------	--

<b>世帯について</b>	1. 独居 2. 高齢者のみ世帯 3. その他( )
---------------	----------------------------

<b>緊急連絡先</b>	<b>親族1</b>	<b>氏名</b>	<b>連絡先</b>	
			( ) -	
		<b>住所</b>	<b>続柄</b>	
	<b>親族2</b>	<b>氏名</b>	<b>連絡先</b>	
			( ) -	
		<b>住所</b>	<b>続柄</b>	

市確認欄

見守りの必要性( 要・不要 )	栄養改善の必要性( 要・不要 )
-----------------	------------------