

情報シート(配食サービス・事業所変更用)

利用者	フリガナ			性別	男 ・ 女	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住所	みやこ町		電話番号		
緊急連絡先	フリガナ			続柄		
	氏名					
	住所			電話番号		
利用希望 (変更)事業所	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 宅配クック123	事業所を 変更する理由				
配食の種類	<input type="checkbox"/> ご飯付き (400 円) <input type="checkbox"/> おかずのみ (小 350 円・大 400 円) <input type="checkbox"/> その他 ()					
配食希望日	○ 昼 : 月・火・水・木・金・土・日 ○ 夜 : 月・火・水・木・金・土・日					
利用希望者の状況	<p>1. 世帯状況 ①独居 ②高齢者 (障がい者) のみ世帯 ③日中高齢者のみになる世帯 ④その他 ()</p> <p>2 介護保険認定状況 ①未申請 ②非該当 ③要支援 (1 2) ④要介護 (1 2 3 4 5)</p> <p>3. 認知症の有無・状態 自立 ・ I ・ II ・ III ・ IV以上 ※II 以上の場合の状況 ()</p> <p>4. 本人の状況及び留意点等 【歩行状態】 ①独歩 ②杖使用 ③伝い歩き ④押し車 ⑤その他 () 【買い物・食事の準備等の状況】 支援の状況 () 【視聴覚】 視力 (普通・弱視・全盲) 聴力 (普通・やや難聴・難聴) 【健康状態】 ①良好 ②普通 ③あまり良くない (状況 :) 主病名 : かかりつけ医 () 【栄養状態・食事状況等】 ①特に問題なし ②問題あり ※②の場合の状況 () 【その他留意点等】</p>					

