

## みやこ町配食サービス利用申請 補足理由書

回答は、わかる範囲内でご記入ください。不明な事項が多い場合は、再調査や再提出等をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

### 1. 申請理由（該当する主な理由1つに ）

- 世帯として調理・買い物が困難       低栄養状態       医師による療養食の指示あり

### 2. 下記の状況があれば併せてチェック

- 家族入院等による一時的利用       骨折・外傷・急性疾患等による一時的調理困難  
 退院直後（退院日： 年 月 日）       退院予定（退院予定日： 年 月 日・未定）

### 3. 心身の状況

質問項目	回 答
身体機能低下	*食事準備(調理・買い物)に影響するもの <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→下記に <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 疼痛(部位・病名) ) <input type="checkbox"/> 歩行・立位困難(具体的に: ) ) <input type="checkbox"/> 疾患(具体的に: ) )
認知機能低下・ 精神症状	*食事準備(調理・買い物)に影響するもの <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→下記に <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 買い物の重複 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> その他( ) )
低栄養状態	<input type="checkbox"/> 低栄養状態あり *低栄養状態: BMI18.5未満かつ6か月以内に3kg以上の体重減少、 又は血液検査等により確認できる場合(例: アルブミン値 3.5g/dl以下等) *BMI(身長          cm・体重          kg) 直近の体重減少          kg / 月 *データがある場合 指標:          検査値          g/dl (検査時期 年 月頃)
療養食の必要性	<input type="checkbox"/> 医師の明確な療養食の指示あり → 指示内容 _____ ・病名 _____ 病院名 _____ 医師名 _____

### 4. 生活実態(直近1ヶ月で判断) ※できる/できないに日差がある場合は、1か月内の頻度で判断してください。

質問項目	回 答
調理の状況	<input type="checkbox"/> 概ね調理可能 <input type="checkbox"/> 体調により不安定・負担が大きい <input type="checkbox"/> 一部可能(炊飯や電子レンジでの温め等、限定的) <input type="checkbox"/> 困難(実施していない) ※調理可能とは、コンロ等(電磁調理器含む)を用いた加熱調理(焼く・煮る・ゆでる等)を行い、日常的に食事を準備できる状態をいいます。ここでは栄養面は加味しません。
買い物の状況	*買い物の頻度: <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1~3回 <input type="checkbox"/> 月1回未満 *誰が行うか: <input type="checkbox"/> 自力(手段: 車運転・徒歩・タクシー・送迎・生協等) ) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他
現在の食事内容・ 充足状況(栄養面)	<input type="checkbox"/> 概ね問題なし[→主菜(たんぱく質メインの料理)と副菜(野菜等を使った料理)が伴った食事を、1日1食概ね確保できている: 自炊・総菜・弁当含む] <input type="checkbox"/> パン・カップ麺など主食に偏った簡易食や、同一食品に偏った食事、または主菜・副菜を伴わない食事が常態となっている <input type="checkbox"/> 欠食や著しい栄養の偏り、体重減少等があり、栄養状態悪化の懸念が大きい
火の扱い・転倒	火の扱い: <input type="checkbox"/> 安全に使用可能 <input type="checkbox"/> 不安・危険あり(消し忘れ、鍋焦がし等) <input type="checkbox"/> 家族から使用を制限されている <input type="checkbox"/> 使用していない 転倒: 直近6ヶ月の転倒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 回 / 6ヶ月)
安否確認の実態	<input type="checkbox"/> 概ね毎日、対面での確認あり <input type="checkbox"/> 月・週 回程度の対面確認あり <input type="checkbox"/> 電話・LINE・メールのみ(頻度: 月・週 回) <input type="checkbox"/> ほぼ孤立状態

5. 世帯構成

- 独居（近隣親族なし） → 7へ
- 独居（近隣親族あり） → 6へ
- 同居家族あり → 6へ

※近隣親族の定義：日常的に食事支援が可能な距離  
\*概ね徒歩 10 分（800m）以内  
※同居家族の定義：同一建物または同一敷地内の家族

6. 同居家族・近隣親族の状況 同居家族・近隣親族の状況について、下記の表をご記載ください。

世帯	続柄	①食事支援の方法	②支援の頻度	③今後の支援の継続性	④支援が困難な理由	⑤ ④の具体的な内容
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近隣		<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 週__回 <input type="checkbox"/> 月__回	<input type="checkbox"/> 支援可能 →下記7へ <input type="checkbox"/> 一部困難(不十分) →④へ <input type="checkbox"/> 困難 →④へ	<input type="checkbox"/> 就労(長時間・夜勤等) <input type="checkbox"/> 疾病・介護・障害 <input type="checkbox"/> 介護負担が大きい(※) <input type="checkbox"/> 関係不良・支援拒否 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 買い物				
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近隣		<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 週__回 <input type="checkbox"/> 月__回	<input type="checkbox"/> 支援可能→下記7へ <input type="checkbox"/> 一部困難(不十分) →④へ <input type="checkbox"/> 困難 →④へ	<input type="checkbox"/> 就労(長時間・夜勤等) <input type="checkbox"/> 疾病・介護・障害 <input type="checkbox"/> 介護負担が大きい(※) <input type="checkbox"/> 関係不良・支援拒否 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 買い物				
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 近隣		<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 週__回 <input type="checkbox"/> 月__回	<input type="checkbox"/> 支援可能→下記7へ <input type="checkbox"/> 一部困難(不十分) →④へ <input type="checkbox"/> 困難 →④へ	<input type="checkbox"/> 就労(長時間・夜勤等) <input type="checkbox"/> 疾病・介護・障害 <input type="checkbox"/> 介護負担が大きい(※) <input type="checkbox"/> 関係不良・支援拒否 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 買い物				

※申請理由が主に介護負担(レスパイト)目的の場合、客観的資料(ケアプラン、アセスメント、経過記録等)を提出

7. 担当ケアマネジャー等の所見（自由記載）

- ・利用者の概要、サービスが必要な理由、現在の食事確保の実態、別居家族支援や他サービス導入状況等

【本人同意事項】 \*必ずご確認ください

- 本サービスは、食事提供と併せた見守り（安否確認）を目的とする事業であり、原則として対面で弁当を受け取る必要があります。外出等で不在の場合は事前に事業者へ連絡します。
- 利用可否判断のため、関係機関への情報照会や必要に応じた訪問確認等を行うことに同意します。

本人署名.....

(本人署名が困難な場合) 代理人氏名：.....

続柄：.....

担当ケアマネジャー（包括職員）記入欄

・担当者名：

事業所名：

(連絡先： - - )