毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業利用調査票

様式第２号（第５条関係）

作成日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成者氏名  （ケアマネジャー等） | | |  | | | 事業所名 |  | |
| 連絡先 | | |  | | |  | | |
|  | | | | | |
| 利用者氏名 | |  | | | 年　齢 | | 歳 |  |
| 介護認定の状況 | | □要介護（１・２・３・４・５） □要支援（１・２） 　　□事業対象者 | | | | | | |
| 認定期間 | | 年　　　月　　　日まで | | | 世帯の状況 | | □単身　　□高齢者等世帯 | |
|  | | | | | | | | |
| 利用者の状況 | 通院の状況 | | | □あり（　　　　回／ 月 ・ 週 ）　　　　　　□なし | | | | |
| 外出の状況 | | | □あり※外出の目的・手段を以下にチェック（複数可）　□なし | | | | |
| □買い物　　　　□デイサービス　□サークルや高齢者サロン  □友人・知人宅　□散歩　　　　　□地域（自治会）の活動　　　　　□その他 | | | | |
| □自家用車　　　□自転車　　　　□徒歩　　　□タクシー・バス　　□送迎等 | | | | |
| 親族等の支援 | | | □あり　※支援内容を以下にチェック（複数可）　　 □なし | | | | |
| □受診援助　　　□買い物支援　　□掃除　　　□調理・食事の差し入れ等  □行政手続等　　□声かけ・見守り等　　　　　□その他 | | | | |
| 食事等に関する状況 | 利用者の食欲 | | | □ある　　　□あまりない　□ほとんどない　　※１日の食事回数　　　　　回 | | | | |
| 配食以外の食事  **※あてはまるもの全**  **てにチェック** | | | □自分で調理・準備　　　　□（同居・別居）の家族が調理・準備  □介護保険サービス（デイサービスでの昼食・ヘルパーによる支援）  □調理済み惣菜や冷凍食品、弁当等を購入　　　□宅配弁当や出前を取る  □外食をする　　　　　　　□食べない | | | | |
| 食料品の買い物 | | | □できる　　□できない　　□やらない（身体的・意欲的・認知症）により困難 | | | | |
| 調理・片付け | | | □できる　　□できない　　□やらない（身体的・意欲的・認知症）により困難 | | | | |
| 火気の管理 | | | □できる　　□できない　　□やらない（身体的・意欲的・認知症）により困難 | | | | |
| 食費の管理 | | | □できる　　□できない　　□やらない（身体的・意欲的・認知症）により困難 | | | | |
| 食事制限 | | | □あり　※制限（医師の指示）内容を以下に記入すること。　　　　 □なし | | | | |
|  | | | | |
| 介護サービス等の利用状況 | □利用あり（以下に詳細を記入すること。）　　 □なし　　　□利用予定  　在宅サービス（自費サービスを含む。）  ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　回／ 日 ・ 週 ・ 月 ）  ②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　回／ 日 ・ 週 ・ 月 ）  ③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　回／ 日 ・ 週 ・ 月 ）  　福祉用具貸与等の状況  ①  ② | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 食事サービスの必要性 | ※栄養改善配食が必要な理由を具体的に記入すること。 |

●１週間の生活の様子

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午　　前 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 午　　後 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 夜　　間 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※本人の生活の様子や利用サービスの状況、本事業による食事の提供が分かるように記入すること。