別記　第1号様式

在宅福祉サービス事業利用調査票（高齢者訪問給食事業用）

対象者氏名		年齢	

身体状況等	サービス利用状況	サービス種類	利用曜日	利用施設名	
	居宅(ケアマネジャー)	事業所		担当者	
	現在病院に掛かっている疾患名等	疾患名		病院名	
		医師の指示等　（　　）			
	聴力	□ 正常　□ やや困難　□ 困難	歩行	□ 可能　□ 一部介助　□ 全介助	
	視力	□ 正常　□ やや困難　□ 困難	入浴	□ 可能　□ 一部介助　□ 全介助	
	意思疎通	□ 可能　□ やや困難　□ 困難	着替え	□ 可能　□ 一部介助　□ 全介助	
	食事	□ 可能　□ 一部介助　□ 全介助	排泄	□ 可能　□ 一部介助　□ 全介助	
	精神面	□ 問題なし　□ 認知症　□ 抑うつ　□ 妄想　□ 興奮　□ その他（　　）			
食に関する状況	買い物	□ できる↓　□ なんとかできる↓ 外出時の移動手段　□ 自家用車　□ タクシー　□ バス　□ 徒歩　□ その他（　　） □ できない〔理由:　　〕 〔これまでの状況:　　〕			
	調理	□ できる　□ なんとかできる □ 調理を手伝ってくれる人がいる↓ 手伝ってくれる人〔　　〕頻度　週〔　　〕回 □ できない〔理由:　　〕 〔これまでの状況:　　〕			
	食事支援 食材の入手支援	□ いない　□ いる（支援内容　　）			
	日頃誰かと一緒に食事をしていますか?	□ いつも家族・親族・友人・知り合いなどと一緒に食べている □ 時々は一人で食べている(家族・親族・知り合い等と食べるときの方が多い) □ いつも一人で食べている □ その他			
	低栄養の疑い	□ なし　□ あり			
	摂食・嚥下障害	□ 問題なし　□ 問題あり〔　　〕			
	食物アレルギー	□ なし　□ あり　〔アレルゲン:　　〕			
	配慮を要する食品	□ なし　□ あり　〔指示内容等:　　〕			
	片づけ	□ できる　□ できない	火気管理	□ できる　□ できない	
	調理食事設備	□ 十分　□ 不十分〔状態:　　〕			
	食欲	□ ある　□ ふつう　□ あまりない　□ ない			
	食形態	□ 普通　□ おかゆ　□ 軟飯　□ おかず刻み　□ その他（　　）			
	セッティング	□ 必要なし　□ 必要　〔場所:　　〕			
記入者	□ 本人　□ 家族〔続柄　　氏名　　〕□ その他（　　） 記入日　　年　　月　　日　□ 代筆者〔　　〕				

※記入不要（市記入欄）↓

聞き取り相手方		□ 本人　□ 家族〔　　〕□ その他〔　　〕			
本人の居所		□ 在宅　□ 入院中または入所中　（帰宅予定日:　月　日）			
特記事項	家族関係等（関係性、介護状況、勤務状況等）	日中独居	□ あり　□ なし		
	その他	□ チャイムを鳴らしてから出てくるまでに時間がかかる			
住民税	□ 課税世帯　□ 非課税世帯　□ 生活保護受給者			行政区	