

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			
	居宅 <small>(ケアマネジャー)</small>	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	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	歩行	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	入浴	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	着替え	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
精神面	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> その他()							
食に関する状況	買い物	<input type="checkbox"/> できる↓ <input type="checkbox"/> なんとかできる↓ 外出時の移動手段 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> できない【理由: _____】 【これまでの状況: _____】						
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとかできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> できない【理由: _____】 【これまでの状況: _____】						
	食事支援 食材の入手支援	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 時々いる <input type="checkbox"/> いる 支援内容 ()						
	日頃誰かと一緒に食事をしていますか?	<input type="checkbox"/> いつも家族・親族・友人・知り合いなどと一緒に食べている <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いつも一人で食べている <input type="checkbox"/> その他						
	低栄養の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()						
	カロリー制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	減塩	<input type="checkbox"/> 必要 (医師の指示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (g程度) <input type="checkbox"/> 不要						
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【アレルゲン: _____】 【希望する対応(対応できない場合あり): _____】						
	配慮を要する食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【指示内容等: _____】						
片づけ	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		火気管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない		
調理食事設備	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分【状態: _____】							
食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない							
米飯等・主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> おかゆ	主菜・副菜等	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> キザミ	
セッティング	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要【場所: _____】							
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄 _____ 氏名 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 代筆者 (_____)							

※記入不要(市記入欄)↓

聞き取り相手方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
本人の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし _____	
	その他	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者
	行政区		