

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ある↓ 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	☐ いらない ☐ 時々いる ☐ 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〔 〕		
	カロリー制限	☐ なし ☐ あり		
	減塩	☐ 不要 ☐ 必要 (医師の指示 ☐ あり ☐ なし) (g程度)		
	食物アレルギー	☐ なし ☐ 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	☐ 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		
	米飯等・主食	☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ おかゆ	主菜・副菜等	☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ キザミ
	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	