

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		
	居室(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	<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"/> 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時の方が多い) <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 <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:)		
	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	日中独居 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家族関係等 (関係性、介護状況、勤務状況等)
	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	