

配食サービス事業調査票

様式第4号(第7条関係)

【新規・継続】

(フリガナ)					
利用者氏名			被保険者番号		
緊急連絡先	氏名	関係		地区及 連絡先	
	氏名	関係		地区及 連絡先	
	氏名	関係		地区及 連絡先	
家族・親族の食事 支援状況	1. 同居にて支援 2. 通い支援 3. 食事差し入れ 4. 買い物援助 5. 支援なし				
食事の種類	1 普通食 2 治療食： カロリー制限食(Kcal) 塩分制限食(g以下) 蛋白制限食 (g以下) K制限食 (mg以下) 脂肪制限食 (g以下) その他 ()				
食生活能力 1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり	摂食() 咀嚼() 調理() 嚥下() 献立() 片付() 買物() 配膳() 栄養管理() 火気管理()				
低栄養状態の リスク	1 体重が減少している。又は、やせすぎている。BMI()アルブミン値()g/dl 2 ごはん、おかずなどを食べる量が減っている。又は、1日2食以下。 3 十分な食事を確保することができないことがある。 4 食べる氣力がわからない。食べることが楽しいと感じない。 5 その他()				
理 由	1 心身の疾病のため調理できない。 2 身体機能に障害があり調理できない。 3 治療食など適切な食事管理ができない。 4 家族が就労しており調理が出来ない。 5 調理する家族がいらない。または調理経験のある家族がいらない。 6 本人が調理経験がない。 7 その他()				
食物アレルギー	・医師の診断(有 無) ※有の場合診断内容記述				
服薬による 飲食制限	・(有 無) ※有の場合薬品名及び制限の内容記述				
自身で制限 している食材	・(有 無) ※有の場合内容記述				
その他本人の身体 状況等特記事項					

利用調整の状況 (該当のところに ○をつけて下さい)	サービスの種類	月	火	水	木	金	土	日
	配食サービス							
	(デイサービス:)							
	(ヘルパー)							
	()							

調査担当者 (ケアマネジャー)	記入年月日: 年 月 日
	所属名称: _____
	氏 名: _____ 電話: _____ () _____