

配食サービスにかかる所見書

※審査に必要なため、全ての事項に記入をお願いします。

※配食サービスについての記載があるケアプランを別添提出いただく場合は以下(2/3)の記入は不要です。

作成者	所 属		氏 名	
	資 格 等		連 絡 先	☎ —

世帯状況	ひとり暮らし ・ 高齢者世帯 ・ その他 ()									
サ ー ビ ス の 必 要 性 等	1	現在の状況								
	2	配食サービスの必要性								
	3	実施上の留意点								
介護保険 認定	なし ・ 総合事業対象者 申請中 (月 日) ・ 要支援 () ・ 要介護 ()									
障害等認定	身障 () ・ 療育 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()									
対 象 者 の 日 常 生 活 状 況	A D L 等 の 状 況	<障害高齢者の日常生活自立度> 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 <認知症高齢者の日常生活自立度> 自立 I II a II b III a III b IV M								
		特記事項								
	傷 病 等	発 症 時 期	病 名	経 過						
		年 月 頃								
		年 月 頃								
服 薬	有 (種類 :) ・ 無									
かかりつけ 医療機関	名 称		電 話	—		主治医				
担当民生委員	お名前 (連絡先 —)						関わり	有 ・ 無		

食に関する調査票			〔 対象者氏名 : 〕							
聞き取り状況			1 本人 2 家族同席 3 担当ケアマネージャー同席 4 民生委員同席 5 その他 ()							
チェック項目	1	6か月間で2～3kg 以上の体重の減少がある					はい	いいえ		
	2	身長 : cm 体重 : kg ※BMI (体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))= > ・ ≤18.5								
	3	週に1回以上外出している					はい	いいえ		
	4	去年と比べて外出の回数が減っている					はい	いいえ		
			日	月	火	水	木	金	土	
基本 事項	現在 利用している サービス 状況	自費による配食		朝・昼・夜	朝・昼・夜	朝・昼・夜	朝・昼・夜	朝・昼・夜	朝・昼・夜	
		訪問介護	時間							
			内容							
		通所介護 ※配食は昼前に自宅を手渡し								
		その他サービス								
		家族支援								
食に 関 する 状 況	食 事 支 援		1 支援なし 2 支援ある (A 通い支援 B 食事差し入れ C 買物支援) →支援者: 頻度: 回/日・週・月							
	現在の 食事内容	朝 食	1 自分で調理 2 介助者による 3 購入等()							
		昼 食	1 自分で調理 2 介助者による 3 購入等() ※ 配食サービス利用(予定)日以外について記入してください。							
		夕 食	1 自分で調理 2 介助者による 3 購入等()							
食 材 ・ 食品入手先		1 ない 2 ある [食品店 ・ コンビニ ・ スーパー ・ 生協 ・ 移動販売 ・ その他()]								
特記事項・コメント										

_____ 年 _____ 月 _____ 日現在

大津市記入欄

区	分	給	付
総合事業型	・ 任意事業型	可	・ 不可