

(名前:)

基本情報	調査員	調査年月日: _____ 調査員: _____ 事業所名: _____ 聞き取り: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	申請理由	
	介護認定等	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
	サービス計画書	<input type="checkbox"/> サービス計画書に事業の記載があるか <input type="checkbox"/> サービス計画書なし
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級
	家族構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
配食の必要性	栄養管理 ※いずれかに該当	<input type="checkbox"/> 食事内容に偏りがある <input type="checkbox"/> 6か月で2~3kgの体重減少があった <input type="checkbox"/> 医師から栄養改善について指示が出ている <input type="checkbox"/> 民間を含む他のサービスを検討したうえで食事の調達手段が他にない
	見守りの必要性 ※すべてに該当	<input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 配食サービス希望日に食事の提供を伴う訪問・通所サービスの利用がなく、家族の支援も得られない
健康状態	疾病名、通院等	疾 病 名: _____ 主治医: _____ 通 院: _____ 回/月 往 診: _____ 回/月 服 薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 医師の指示: <input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 指 導 内 容: _____
	B M I	BMI: #DIV/0! (身長: _____ cm、体重: _____ kg) <input type="checkbox"/> 測定不能
	体重の増減	(最近6ヶ月の体重) <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた
	四肢機能	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考 (_____)
	視 力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考 (_____)
	聴 力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考 (_____)
	認知症・精神疾患	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考 (_____)
食に関する状況	食生活能力	買 い 物: <input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全介助 調 理: <input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全介助 火 気 管 理: <input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全介助
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
	食事回数	_____ 回/日 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食
	利用中のサービス ※ヘルパーで調理や買い物を行っている場合は「有」	サービス名 _____ 曜日・時間帯 _____ 食事の提供 有・無 _____ 有・無 _____ 有・無 _____
調査者所見(特記事項)及び配達時注意事項		