

配食サービス事業利用申請書

※太枠の中だけご記入ください。

申請日 年 月 日

利用するひと	住所				男 女	電話			
	フリガナ					生年月日	年 月 日 (歳)		
家族	氏名	続柄	年齢	同別居	住所(別居の方のみ)	電話	職業・勤務先		
				同・別					
				同・別					
生活状況	寝起きは	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助けがあればできる		<input type="checkbox"/> 自分ではできない			
	食事は	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる		<input type="checkbox"/> 手助けがあれば食べられる		<input type="checkbox"/> 自分では食べられない			
	洗面は	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助けがあればできる		<input type="checkbox"/> 自分ではできない			
	入浴は	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助けがあればできる		<input type="checkbox"/> 自分ではできない			
	着替えは	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助けがあればできる		<input type="checkbox"/> 自分ではできない			
	用便は	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助けがあればできる		<input type="checkbox"/> 自分ではできない			
	歩くことは	<input type="checkbox"/> 自分でできる		<input type="checkbox"/> 手助け、補助具が必要		<input type="checkbox"/> 自分では歩けない			
		補助具は <input type="checkbox"/> 杖		<input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> その他()			
身体状況	手	<input type="checkbox"/> 自由		<input type="checkbox"/> 少し不自由(右・左)		<input type="checkbox"/> ほとんど不自由(右・左)			
	視力	<input type="checkbox"/> 見える		<input type="checkbox"/> 少し見えにくい		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる		<input type="checkbox"/> 少し聴こえにくい		<input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少し話しにくい		<input type="checkbox"/> ほとんど話せない			
	理解度	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少し理解できない		<input type="checkbox"/> ほとんど理解できない			
疾病				かかりつけの病院					
緊急時連絡先	住所								
	氏名			続柄		電話番号			
利用希望	ライフデリ	昼	毎日・月・火・水・木・金・土・日						
		夜	毎日・月・火・水・木・金・土・日						
ランク	—	要介護度			各種手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()手帳			
調査日	年 月 日		調査員氏名						

処理欄	判定	<input type="checkbox"/> 決定(年 月開始) <input type="checkbox"/> 却下(理由:)						
	登録日	年 月 日						
	通知日	年 月 日						
	廃止日	年 月 日						