

## 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<br>女                          | 電話   |               |  |  |
|        | 氏名                              | フリガナ                              |                              |                                       |                                 | 生年月日   | 年 月 日<br>( 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                           |               |  |  |
|        | 言語理解度                           | <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                            |               |  |  |
|        |                                 | <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   | 宅食ライフ                           |                                   | 昼                            | 毎日・月・火・水・木・金・土                        |                                 |  |               |  |  |
|        |                                 |                                   | 夜                            | 毎日・月・火・水・木・金・土                        |                                 |  |               |  |  |
| 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   |  |  |  |  |  |  |