

配食サービスチェックシート

1 配食サービスの対象確認

- 単身高齢者世帯又は高齢者のみ世帯である ※高齢者は65歳以上をいう
- 対象者が、75歳以上又は要介護・要支援認定を受けている
- 同居者全員が、75歳以上又は要介護・要支援認定を受けている（同一住所地に世帯を別にする親族等も含む）
- 対象者の緊急時に救援を行う「協力者」の同意を得ている

【判断基準】

全て☑がついている方は
以下基本情報を記入してください

全てに☑が入った方 ⇒ 以下基本情報をご記入ください。調整食を希望の制限について医師の意見が必要となりますので刈谷市配食サービス（調整食）の利用に係る意見書も添付してください。

一つでも☑が入らなかった方 ⇒ 対象要件に当てはまりません。ただし、65歳以上の高齢者のみ世帯又はこれに準ずる世帯（同居人が重度障害者等）は、アセスメント調査により食事の準備が困難な世帯と認められる場合は利用することができます。一度長寿課にご相談ください。

2 基本情報

対象者氏名		刈谷 太郎									
配食サービス希望区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食	希望曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木	<input checked="" type="checkbox"/> 金	希望業者	〇〇配食事業所		
	<input type="checkbox"/> 調整食	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	希望業者			
	<input type="checkbox"/> カロリー・塩分調整食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> ムース食										
※調整食を希望する方は、刈谷市配食サービス（調整食）の利用に係る意見書も添付してください。											
本人に関する情報	身長及び体重	身長	150		cm						
		体重	50		kg		最近6か月の体重の増減	増・減（ ）kg ・ <u>変化なし</u> ・ 不明			
	健康状況	現疾患及び既往歴	病名	主治医		発症日		備考			
			1	脳梗塞	△〇病院 ◆医師		令和〇年〇月				
			2				年 月				
	3				年 月						
	家族連絡先	氏名	続柄	住所				電話番号			
		刈谷 一郎	長男	知立市〇町〇番地				〇〇-〇〇-〇〇			
	特記事項	アレルギー	支障なし・支障あり								
電話対応		支障なし・ <u>支障あり</u>		支障ありの場合 具体的な状態	大きな声でないと聞こえない						
金銭の授受		支障なし・支障あり									
配食業者との連絡調整		<u>本人</u> ・本人以外		本人以外の場合	氏名		電話番号				
文書の送付先		<u>本人</u> ・本人以外		本人以外の場合	宛名		住所				
備考 ※配食業者との連絡調整や配達時において必要な配慮があれば記入してください。											

