

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。調整食を希望の方は、食事形態やエネルギー、塩分等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												
配食サービス 希望区分	希望業者		☐ 一般食	弁当の 種類		希望 曜日	☐ 月	☐ 火	☐ 水	☐ 木	☐ 金	
	希望業者		☐ 調整食	☐ カロリー・ ☐ 透析食	☐ 塩分調整食	☐ 腎臓食	希望 曜日	☐ 月	☐ 火	☐ 水	☐ 木	☐ 金
	※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	健康 状況	身長 及び 体重	身長	cm								
			体重	kg	最近6か月の 体重の増減	増・減（ ）kg	・ 変化なし	・ 不明				
		現疾患 及び 既往歴		病名	主治医		発症日	備考				
			1				年 月					
			2				年 月					
	家族連絡先	3				年 月						
		氏名	続柄	住所					電話番号			
	特記 事項	アレルギー	支障なし・支障あり		支障あり の場合 具体的な状態							
電話対応		支障なし・支障あり										
金銭の授受		支障なし・支障あり										
配食業者との連絡調整		本人・本人以外		本人以外 の場合	氏名	電話番号						
文書の送付先		本人・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。												

☐ 要介護・要支援認定を受けている

【判断基準】

上記以外の方 ⇒ 以上で終了です。

ケアマネ情報	事業所名	
	担当者名	連絡先

[illegible]