

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、調整食の提供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。

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

2 基本情報

対象者氏名		刈谷 太郎												
配食サービス 希望区分	希望業者	〇〇配食事業所		☒ 一般食	弁当の 種類	普通食		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	150 cm										
			体重	50 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	脳梗塞	△〇病院 ◆医師		令和〇年〇月							
			2				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		支障あり の場合 具体的な状態									
電話対応		支障なし・ <u>支障あり</u>		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。														

☒ 要介護・要支援認定を受けている

☒ 介護保険サービス（デイサービス、ヘルパー等）又は配食サービスを利用している

二つに☑が入った方 ⇒ 以下の介護及び配食サービスの利用状況を、担当のケアマネに確認・相談の上、記入してください。

上記以外の方 ⇒ 以上で終了です。

介護サービス又は配食サービスを利用している方は記入してください。
介護サービスの利用状況が分からない方は

[illegible]