生活支援型給食配送サービス

申込年月日	令和　　年　　月　　日（　　）
記入者氏名	

調　査　記　入　票

フリガナ 氏　名		性別	男・女	M T　年　月　日生まれ S　（　才）	
住　所 （アパートなら部屋番号も）	〒			TEL	
食に関する状況	1.支障なし 2.支障はないが困難 3.支障あり	摂　食	1・2・3（　）	献　立	1・2・3（　）
		買い物	1・2・3（　）	調　理	1・2・3（　）
		配、下膳	1・2・3（　）	火気管理	1・2・3（　）
		食費管理	1・2・3（　）		
医療機関（かかりつけ医）			電話番号		

1. 病名（持病）

2. 食事制限　　なし　　あり（　　）

概　況 （生活状況 体の状態 など）	

現在利用のサービス内容	特記事項
◎ヘルパー利用　：　無　・　有 ⇒利用曜日　　曜日（事業所　　） ◎デイサービス利用　：　無　・　有 ⇒利用曜日　　曜日（事業所　　） ◎介護認定 自立　・　申請中　・　事業対象者 要支援　1・2　要介護　1・2・3・4・5	
	緊急連絡先
	氏名　　続柄 住所 電話番号

担当ケアマネージャー	事業所名	電話番号
担当民生委員	住　所	電話番号

開始日　　令和　　年　　月　　日（　　）

利用曜日　　曜日（昼食・夕食）

支払方法　　一括(通常)・随時

お弁当箱の種類　　回収型（通常）・使い捨て型

担当者	係長	課長	事務局長	決裁