

第1号様式（第6条関係）

逗子市福祉配食サービス利用者状況調査書

氏名 <small>ふりがな</small>								
住所								
生年月日	年	月	日	(歳)	性別	男 ・ 女		
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 要支援 () 要介護 ()							
	<small>※有の場合（アセスメント実施機関と同一の場合は記入不要）</small> 担当ケアマネジャー氏名 () 事業所名 () 連絡先 ()							
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
疾病								
医療機関受診状況	医療機関名 () <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 回 曜日							
身体状況生活動作	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1m先が見える <input type="checkbox"/> 目の前が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えず						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえず						
	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩けない						
	行動範囲	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 自宅周辺 <input type="checkbox"/> 自宅内のみ <input type="checkbox"/> 寝室（居室）のみ						
	その他	()						
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	親族との交流	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
	近隣・友人との交流	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
介護保険サービス等利用状況 <small>※週間サービス計画表（第3表）に代えることも可</small>	サービス種類	月	火	水	木	金	土	日
福祉配食サービスの必要性								
配食時の留意事項 その他特記事項	配食場所： <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 () <input type="checkbox"/> その他 ()							

アセスメント実施機関	記入年月日	年 月 日
	実施機関名	
	担当者氏名	
	電話番号	