

配食型見守りサービス利用調整票

	管理No.		生活圏域	()地域包括支援センター
基本事項	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 利用回数 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先)		
	対象者	住所	静岡市葵区	
		ふりがな 氏名		生年月日 T S 年 月 日
		電話番号		()歳
対象者区分	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 要介護見込み <input type="checkbox"/> 要支援見込み) <input type="checkbox"/> 事業対象者			
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族(食の準備に支障がある要介護・要支援者、18歳未満、心身の障害がある者)			
食に関する状況	1 現在1日3食、食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	2 主食・主菜・副菜がそろった食事を1日1食以上食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	3 最近2～3ヶ月、主食や主菜を食べる量が減ってきましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	4 食材料品の買物に行けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	5 食事の支度に支障がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

●緊急連絡先● (2名必須、不在時や安否確認が取れない場合のご連絡先)

緊急連絡先1	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所	静岡市(□葵□駿河□清水)区		対象者との関係
緊急連絡先2	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所	静岡市(□葵□駿河□清水)区		対象者との関係
調整連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先1 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先2 <input type="checkbox"/> その他(下記に氏名、電話番号及び住所を記入)			

<一週間のサービス利用状況> 通所介護利用時間又は時間帯(AM/PM)をご記入ください。

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
訪問介護							
通所介護							
他、サービス又は家族訪問等							
配食型見守りサービス	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
事業所名	<input type="checkbox"/> まごころ弁当静岡店 <input type="checkbox"/> まごころ弁当静岡みずほ店 <input type="checkbox"/> (株)むらさき <input type="checkbox"/> 配食のふれ愛静岡葵店 <input type="checkbox"/> 配食のふれ愛駒形店 <input type="checkbox"/> 宅配クック123静岡桜橋店 <input type="checkbox"/> ライフタイム・バリュー <input type="checkbox"/> ライフデリ静岡中央店 <input type="checkbox"/> ワタミの宅食静岡葵営業所						
配食利用回数	週	回	開始希望日	令和	年	月	日から <input type="checkbox"/> 事前連絡済
事業の必要性 特記事項など							
ケアプラン 作成者	上記のとおり、見守りの状況、食に関する状況について報告します。						
	令和 年 月 日						
	□居宅介護支援事業所 事業所名 〒 (住所/電話番号)			ケアマネジャー(署名又は記名押印)			
□()地域包括支援センター			ケアマネジャー 担当者				

※太枠内の項目を記入してください。