

## 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	静岡市清水区			
		ふりがな 氏名			生年月日	
		電話番号			T S 年 月 日 ( 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( <input type="checkbox"/> 葵 <input type="checkbox"/> 駿河 <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 葵 <input type="checkbox"/> 駿河 <input type="checkbox"/> 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"/> まごころ弁当清水店(清水区総本店) <input type="checkbox"/> まごころ弁当駿河湾店 <input type="checkbox"/> (株)むらさき <input type="checkbox"/> あいあいヘルプサービス <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"/> 配食のふれ愛清水店 <input type="checkbox"/> WAC清水さわやかサービス <input type="checkbox"/> ライフデリ静岡中央店 <input type="checkbox"/> ワタミの宅食静岡庵原営業所 <input type="checkbox"/> 宅食ライフ清水店						
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				ケアマネジャー(署名又は記名押印)		
	□居宅介護支援事業所				□( )地域包括支援センター		
	事業所名 〒				ケアマネジャー		
	(住所/電話番号)				担当者		

※太枠内の項目を記入してください。