

# 「食」の自立支援事業利用申込書

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(本人又は介護者)

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり「食」の自立支援事業の利用を申し込みます。

|                                    |                                                                     |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 利用者住所                              | 松江市                                                                 |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
| (ふりがな)<br>利用者氏名                    | ( )                                                                 |                                 |                        |                        | 電 話                                        | —                      |                        |                        |
| 生 年 月 日                            | M・T・S 年 月 日                                                         |                                 |                        |                        | 年 齢                                        | 歳                      |                        |                        |
| 希 望 配 食<br>業 者                     | 橋北 ・ 宅配クック1.2.3<br>・ モルツウエル(株)                                      |                                 |                        |                        | 橋南 ・ 宅配クック1.2.3<br>・ (有)アゴ弁<br>・ モルツウエル(株) |                        |                        |                        |
| 要介護認定の<br>状況                       | 1. 認定有 → (要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )<br>2. 申請中<br>3. 未申請   |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
| 希望する食の<br>種類                       | 1. 普通食 2. 糖尿病食 (指示→ ア. なし イ. あり ( kcal) ウ. 不明)<br>3. 腎臓食 4. その他 ( ) |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
| 希望する配食<br>サービスの曜<br>日及び昼食・<br>夕食の別 | 希望する曜日の昼、夕食の欄に○又は△を記入してください。(○はご飯とおかず、△はおかずのみ)                      |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
|                                    |                                                                     | 月曜日                             | 火曜日                    | 水曜日                    | 木曜日                                        | 金曜日                    | 土曜日                    | 日曜日                    |
|                                    | 昼食                                                                  |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
|                                    | 夕食                                                                  |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
| 介護保険<br>サービスの<br>利用                | 有                                                                   | 利用中<br>のサー<br>ビスを<br>○で囲<br>む → | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護 | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護 | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護                     | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護 | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護 | ヘルパー<br>ディサービス<br>訪問看護 |
|                                    | 無                                                                   |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |
| 緊急<br>連絡<br>先                      | 住 所                                                                 |                                 |                        |                        |                                            |                        | 続 柄                    |                        |
|                                    | 氏 名                                                                 |                                 |                        |                        |                                            |                        | 電 話                    |                        |
| その他<br>協力先                         | (必要があれば)                                                            |                                 |                        |                        |                                            |                        |                        |                        |

※ 同一世帯 (高齢者夫婦等) で、複数の方が「食」の自立支援事業を希望される場合は、別々に利用申し込みをする必要があります。※ 世帯構成、その他の理由でこのサービスが受けられなくなる場合がありますので予めご了承ください。

上記サービス利用の要否決定をするために、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容及び介護認定審査会による判定結果・意見を参考資料として利用すること、また、事業者が知りえた情報を関係者に提供することについて同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

担当居宅事業所 (又は地域包括支援センター) ( )

ケアマネージャー (又は担当者) ( ) 電話 ( )

救急時に必ず繋がる電話番号 ( )

(裏面に続きがあります。)

補足資料

|                                         |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.<br>利用者が調理するのが難しい理由を記入してください。         |                                                                                                                     |
| 2.<br>親族の支援が難しい理由を記入してください。             |                                                                                                                     |
| 3.<br>ヘルパー等の介護サービスを受けるのが難しい理由を記入してください。 |                                                                                                                     |
| 4.<br>安否確認が必要な理由を記入してください。              |                                                                                                                     |
| 5.<br>弁当の受渡の方法をご記入ください。<br>※○で囲んでください   | (弁当受渡は、原則玄関先での対応としています。別の対応が必要な場合は、利用者・家族・業者間で取り決め、同意が必要になります。)。<br><br>・玄関先で受渡<br><br>・その他（<br><br>上記の対応について同意します。 |
| 6.<br>弁当代の支払い方法<br>※○で囲んでください           | 支払者：本人 ・ 家族 ・ その他（<br><br>支払方法：現金払い ・ 口座引落 ・ その他（                                                                   |

# 生活状況調査票（食の自立支援事業）

|                                 |                         |                                                                |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|----------|----|
| 調査日 令和 年 月 日                    |                         |                                                                |               | 報告（ ）地域包括支援センター<br>（ ）居宅事業所（☎ — 担当 ）                              |                                 |          |             |          |    |
| 利用者氏名                           |                         |                                                                |               | 住所 松江市                                                            |                                 |          |             |          |    |
| 生年月日 M・T・S 年 月 日                |                         |                                                                |               | 男・女                                                               | 電話 —                            | （ ）公民館   |             |          |    |
| 健康<br>状<br>況                    | 既往歴                     |                                                                |               |                                                                   | 健康上の特記事項<br>(入院中の場合はその旨を記入ください) |          |             |          |    |
|                                 | (現病歴) 病名                |                                                                |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
|                                 | 薬の有無                    | 無・有( )                                                         | 無・有( )        | 無・有( )                                                            |                                 |          |             |          |    |
|                                 | 受診頻度                    | 定期(週/月 回) 不定期                                                  | 定期(週/月 回) 不定期 | 定期(週/月 回) 不定期                                                     |                                 |          |             |          |    |
|                                 | 医療機関名                   |                                                                |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
| 要介護認定の有無                        |                         | 1. なし 2. あり ( 要支援 1・2・ 要介護 1・2・3・4・5 ) 3. 申請中                  |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
| 日常生活自立度                         |                         | (寝たきり度) J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 (認知症) I IIa IIb IIIa IIIb IV M |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
| 体格指数(BMI)<br>(体重kg)÷(身長m)÷(身長m) |                         | 1. 指数( )<br>2. 測定不能                                            |               | ※目標とするBMIの範囲<br>18～49歳:18.5～24.9 50～69歳:20.0～24.9 70歳以上:21.5～24.9 |                                 |          |             |          |    |
| 四肢機能                            | 上 肢                     | 1. 困難なし 2. 困難あり(麻痺・拘縮・しびれ・痛み・その他は特記)                           |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
|                                 | 下 肢                     | 1. 困難なし 2. 困難あり(麻痺・拘縮・しびれ・痛み・その他は特記)                           |               |                                                                   |                                 |          |             |          |    |
| 歩行(屋内)                          | つかまらないうでできる             | 何かにつかまればできる                                                    | できない          | 薬の内服                                                              | 介助されていない                        | 一部介助     | 介助          | 処方されていない |    |
| 歩行(屋外)                          | つかまらないうでできる             | 何かにつかまればできる                                                    | できない          | 金銭の管理                                                             | 介助されていない                        | 一部介助     | 介助          |          |    |
| 立ち上がり                           | つかまらないうでできる             | 何かにつかまればできる                                                    | できない          | 買い物                                                               | 介助されていない                        | 見守り等     | 一部介助        |          | 介助 |
| 洗 身                             | 介助されていない                | 一部介助                                                           | 全介助           | 行っていない                                                            | 調 理                             | 介助されていない | 見守り等        | 一部介助     | 介助 |
| 排 尿                             | 介助されていない                | 一部介助                                                           | 全介助           |                                                                   | 掃 除                             | 介助されていない | 見守り等        | 一部介助     | 介助 |
| 排 便                             | 介助されていない                | 一部介助                                                           | 全介助           |                                                                   | ゴミだし                            | 介助されていない | 見守り等        | 一部介助     | 介助 |
| 視力障害                            | 1. なし 2. あり(状況 )        |                                                                |               | 洗 濯                                                               | 介助されていない                        | 見守り等     | 一部介助        | 介助       |    |
| 聴力障害                            | 1. なし 2. あり(状況 )        |                                                                |               | 理 解                                                               | できる                             | できない( )  |             |          |    |
| 精神・行動障害                         | 1. なし 2. あり(状況 )        |                                                                |               | 抑うつ状態                                                             | 1. なし 2. あり(状況 )                |          |             |          |    |
| 食 事                             | 介助されていない                | 一部介助                                                           | 全介助           | 不安・依存傾向                                                           | 1. なし 2. あり(状況 )                |          |             |          |    |
| 食 欲                             | 1. あり 2. なし(状況 )        |                                                                |               | 嚥下障害                                                              | 1. なし 2. あり(状況 )                |          |             |          |    |
| 外食利用                            | 1. なし 2. あり( 回 / 週・月)   |                                                                |               | 水分摂取                                                              | 1. 足りている 2. 不足(理由 )             |          |             |          |    |
| 調理済食品の利用                        | 1. なし 2. 一部分 3. ほとんどすべて |                                                                |               | 食事時間                                                              | 1. 規則正しい 2. 不規則(理由 )            |          |             |          |    |
| 調 理                             | 1. できる 2. できない(している人 )  |                                                                |               | 飲酒の問題                                                             | 1. なし 2. あり                     | 喫 煙      | 1. なし 2. あり |          |    |
| 調理の片づけ                          | 1. できる 2. できない(している人 )  |                                                                |               | 家族との関係                                                            | 1. 問題なし 2. 問題あり(状況 )            |          |             |          |    |
| 毎日の食事の状況                        |                         |                                                                |               | 生活上の特記事項                                                          |                                 |          |             |          |    |