

様式第2号 (第5条関係)

三宅町「食」の自立支援事業調査票

基本事項	記入日	年 月 日
	対象者	氏名 男・女 (M・T・S 年 月 日)
	情報提供者	本人・家族 ( ) 事業所 ( ) ケアマネージャー ( )
	介護保険サービス等 利用状況	内容・頻度等 ( )
家族	家族構成	1.単身 2.高齢者夫婦世帯 3.高齢者世帯 4.その他( )
	食事支援	1.同居家族 2.親族( 通い支援・食事差入れ・買物援助 ) 3.支援なし
健康状況	現在の疾患名、 通院・往診等	疾患名 ( ) ( 頃から )
		未受診、通院 回/月・週、往診 回月・週
		医師の指示、療養・保健指導内容 ( )
	主な既往疾患	1.なし 2.あり ( 年前 )
		治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)
	治療食・配慮食を 要する食事の必要	1.なし
		2.あり ( 指示事項: )
	食物アレルギー	1.なし 2.あり (アレルゲン )
	B M I	1.(体重 kg)÷(身長 m)÷(身長 m)=( ) 2.測定不能
	最近6ヶ月の体重の増減	1.減った 2.変化なし 3.増えた
	歩行状態	1.問題なし 2.問題あり ( )
視力	1.問題なし 2.問題あり ( )	
聴力	1.問題なし 2.問題あり ( )	
認知症	1.なし 2.あり ( )	
食生活能力	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( )
		買物 1・2・3( ) 調理 1・2・3( )
		配・下膳 1・2・3( ) ゴミ出し 1・2・3( )
		火気管理 1・2・3( ) 食事管理 1・2・3( )
特記事項		