

年 月 日

## 大和郡山市配食サービス利用申込書

大和郡山市長

申請者 住所

氏名 印  
(連絡先: )

次のとおり配食サービスを利用したいので申し込みます。

個人番号				
住所	大和郡山市 (電話: )			
氏名 <small>(フリガナ)</small>		男・女	年 月 日生	歳
区分	1. 一人暮らし      2. 高齢者のみ世帯      3. その他 ( )			
希望する曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 (週 日) (※ 希望曜日を○で囲んでください)			
緊急連絡先 ①	氏名		続柄	
	住所		電話	
緊急連絡先 ②	氏名		続柄	
	住所		電話	
【 配食を希望する理由 】  .....				

※ 以下は記入しないでください。

【 配食事業所名 】	【 開始日 】	【 受付印 】

健康状況	病気の状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	通院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 週・月 回 )		
	特記事項		
かかりつけ医	医療機関名称	主治医	
認定情報 居宅有無	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [事業所: ] [ケアマネジャー: ]		
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 ( ) <input type="checkbox"/> 精神 ( ) <input type="checkbox"/> 療育 ( ) <input type="checkbox"/> 難病 ( )		
身体状況	項 目	自 立 の 程 度	
	麻痺等の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左・右上肢 <input type="checkbox"/> 左・右下肢 <input type="checkbox"/> その他	
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他	
	歩 行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖などでできる <input type="checkbox"/> 介助あればできる <input type="checkbox"/> できない	
	外出方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 電動カート <input type="checkbox"/> その他( )	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> 見えない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない	
社会生活への 適応	服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	意思表示	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合以外 <input type="checkbox"/> 日常的に困難	
	買い物	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	調 理	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
精神症状	もの忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	被害的	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	感情不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	認知症有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
食生活状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りなど <input type="checkbox"/> できない	
	食事場所	<input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> ベッドサイド	
	嚥下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りなど <input type="checkbox"/> できない	
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ ]	
	食欲低下の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
	体重減少の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [6ヶ月間で kg ]	
	一日の食事	朝 食	昼 食