

目黒区訪問食事サービス事業利用申請書

平成 年 月 日

目黒区長あて

申請者 住所 _____
 (利用者) 氏名 _____ 印
 電話 _____

目黒区訪問食事サービスを利用したいので下記のとおり申請します。

なお、サービスの申請及び利用をするにあたり、次の項目に同意します。

- 1 住民基本台帳、外国人登録台帳による申請書の住所、氏名、生年月日等について確認を受けること。
- 2 安否確認が必要になった時に、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者について介護保険課から確認を受けること。
- 3 介護保険法に基づく要支援・要介護度及び認定申請、更新申請、または区分変更申請の提出状況について介護保険課から確認を受けること。
- 4 申請内容を配食サービス事業者に提供すること。

記

利用者	ふりがな 氏名				男女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)			
	住所	目黒区 (電話: _____)			介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
利用希望 (食事を希望するところ をしてください)			月	火	水	木	金	土	日	
		昼食								
		夕食								
緊急 連絡先	(1)	氏名	(利用者との続柄)			☎:				
		住所				☎:				
	(2)	氏名	(利用者との続柄)			☎:				
		住所				☎:				
家族 構成	氏名	年齢	続柄	主な介護者に印	行政サービス等の利用状況					
					ひとり暮らし登録 ひとり暮らし 高齢者世帯 日中独居 その他()					
					身障手帳 無・有(級) 生活保護 週一食事サービス その他()					
医療 の 状 況	現在の病気				既往症	(年 月頃)				
	伝染性疾患 無・有()					(年 月頃)				
	服薬: 無・有()				(特記事項)					
	主治医	医療機関名・医師名				所在地		電話		
通院状況: 週・月回										
受付日	平成 年 月 日	受付所属	北 東 中 南 西 高 氏名							
調査日	平成 年 月 日	調査所属	北 東 中 南 西 高 氏名							

*自己負担金は、1食500円。ただし、昼食・夕食の2食希望の場合は、夕食は、全額自己負担となります。

該当する項目に 印をつけてください。

利用者名	
------	--

身体等の状況	視力	1. 普通に見える 2. 大きな字なら見える 3. ものの形がぼんやりわかる 4. 全く見えない
	聴力	1. 普通に聴こえる 2. やや大声でないと聴こえない 3. 耳元での大声でないと聴こえない 4. 全く聴こえない 5. 補聴器使用
	発語	1. わかる 2. やや聞き取りにくい 3. やっと聞き取れる 4. 全く聞き取れない
	アレルギー	1. ある 薬品() 食品() 2. ない

日常生活動作等	全般的動作	1. 普通に外出できる 2. 家の中なら動ける 3. 体を起こすことはできるがあまり動けない 4. 短時間なら座ってられる 5. ほとんど寝たきり
	歩行	1. 普通に歩ける 2. 室内は一人で歩ける 3. 介助があればなんとか歩ける 4. 全く歩けない 5. 杖を使う 6. シルバーカーを使う 7. 車椅子を使う
	着脱衣	1. 普通に着られる 2. ボタンかけ等一部介助が必要 3. 全く一人では着られない
	食事	1. 普通にできる 2. 箸を使えるがやや不自由 3. スプーンでなんとかできる 4. 全面介助が必要
	食事内容(おかず)	1. ふつう 2. きざみ大 3. きざみ小 4. その他()
食事内容(ごはん)	1. ふつう 2. おかゆ 3. その他()	

認知症状	無 ・ 有 (次の項目に該当するものがあれば、印をつけてください)
	1. 簡単な日常会話にも支障がある(好き嫌いという簡単な意思表示ができる程度) 2. 自分の部屋・トイレ等场所を間違える 3. 外出して帰って来れなくなることがある 4. 昼と夜の区別がつかない 5. 夜騒ぐ(又は夜間の徘徊がある) 6. 家族や知人を混同するなど人を間違える 7. 物をしまい忘れる 8. 数時間前のことを忘れる 9. 失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である 10. 大声をあげて騒ぐことがある 11. 邪推がひどく、事実でないことを事実と思い込む

備考 配食希望場所(玄関・部屋まで)等、特に注意が必要なことがあればご記入ください。

住宅介護支援事業者	無 ・ 有 事業所名() 担当ケアマネージャー()
-----------	--------------------------------

申請手続きをした方(申請者と同じ場合は記入不要です。)

氏名 _____ 続柄 _____
 住所 _____ 電話番号 _____

以下 区職員・地域包括支援センター記入欄

地区 処理欄	業者名 (普・糖・腎)	開始 年月日	備考: 日中独居(家族の勤務先名称・住所・TEL) 退院直後(配食利用期間)等記入

区処理欄	《備考》
------	------