

様式第1（第2条関係）

鹿児島市ゆうあい訪問給食事業初期調査票

（R ○年 ○月 ○日調査）

○調査者 \_\_\_\_\_

基 本 事 項	利用対象者	氏名 ○○ ○○ (昭和○年○月○日生 ○歳) 住所 鹿児島市山下町11-1 電話 099-123-4567
	聞き取り相手	本人 ・ 家族 (同居 <input checked="" type="radio"/> 別居) ・ その他 ( )
	申請内容	1. 昼食の配食回数 (週 6回) 昼食の配食曜日 <input checked="" type="radio"/> 月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input checked="" type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input checked="" type="radio"/> 金 <input checked="" type="radio"/> 土 2. 夕食の配食 ( なし <input checked="" type="radio"/> あり )
	福祉手帳	(身障 1 級 内容 心臓 ・精神 級・知的 級)
	現在利用、相談している機関	事業所等連絡先 ( 099-456-7890 ) 1. なし <input checked="" type="radio"/> あり a. 居宅介護支援事業所名 ( ○○事業所 : 担当 ○○ ) b. 民生委員 (氏名: ) c. その他 ( : 氏名 )
	現在利用しているサービス状況	1. なし <input checked="" type="radio"/> あり (サービス名、利用頻度 ○○ 、 週 2回 )
家 族	経済状況	<input checked="" type="radio"/> 自己負担可能 2. 自己負担困難 ( )
	家族構成	<input checked="" type="radio"/> 1 単身 2 障害者夫婦世帯 3 障害者世帯 4 その他 ( )
食 に 関 す る 状 況	家族等の支援	<input checked="" type="radio"/> 1 支援なし 2 支援あり (訪問支援・食事差し入れ・買物援助)
	食生活能力	※アレルギー食・特別食による個別対応が必要な場合は利用対象外です。 摂食 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: アレルギー等 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ) 1 支障なし 献立 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) 2 支障はない 買物 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) が困難 調理 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) 3 支障あり 配、下膳 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) ゴミ出し 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) 火気管理 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: ) 食費管理 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3 (内容: )

調査者の所見	<p>○世帯状況 ( <input checked="" type="radio"/> 適 ・ 否 )      ○身体状況 ( <input checked="" type="radio"/> 適 ・ 否 )</p> <p>○その他</p>
--------	---