

別記第1号様式(第7条関係)

配食サービス事業利用申請書

年 月 日

(宛先)見附市長

申請者

住所

氏名

(利用者との続柄等)

配食サービス事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	住所				
	氏名				
	電話番号		生年月日	年 月 日	
緊急連絡先	住所(※市町村名まで)			利用者との続柄	
	氏名		電話番号		
世帯区分	一人暮らし・高齢者のみ世帯・その他()				
介護保険	認定なし(申請なし 非該当) 認定あり(事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)				
希望日等	日・月・火・水・木・金・土			合計 週 回	
	昼食・夕食	ごはんとおかず・おかずのみ			
利用開始希望日	年 月 日				
希望事業者					

※下記は市使用欄ですので記入しないでください。

課長	課長補佐	係長	課員	担当者

基本チェックリスト

(記入日 年 月 日)

NO.	質問項目	回答		該当数
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	/5
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/2
12	身長 c m 体重 k g (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	/2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	/5
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	
26	この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	1. はい	0. いいえ	
27	医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1. はい	0. いいえ	
28	ご自分の健康状態をどのように感じていますか (一つだけに○を付ける)	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。