

## 資料5

## 八潮市高齢者在宅福祉生活支援事業利用申請書添付資料

(配食・安否確認サービス用) ※該当する□の中にレ印を記入してください。

利用者名	(ふりがな)		
食事の確保ができない理由			
安否確認を必要とする理由			
1. 日常生活動作の状況			備考欄
①屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
②屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
③買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
④調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
2. 世帯構成等について			
①世帯構成 (本人を含む。)	氏名	続柄	備考欄
	( 歳)	本人	
	( 歳)		
	( 歳)		
②同居の家族等による支援が困難な理由	※同居の家族等がいる場合、同居の家族等による支援が困難な理由を記入		
	食事の支援ができない理由		
	安否確認ができない理由		
3. 病気等について			
①治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (病名: )	
②食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (内容: )	
③心身等の障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名: )		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (障がい名: )		
	障がいの種別	<input type="checkbox"/> 身体 ( 級) <input type="checkbox"/> 精神 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育 ( ㉠・A・B・C )	
④過去の救急搬送歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (いつ頃: 原因: )	

4. 利用希望内容								
①業者名								
②配食内容								
③週間プラン ※利用を希望する欄に○印を記入してください。1日1回昼食又は夕食、最大週7回まで利用可能。 デイサービス、ヘルパー、自費配食等の利用状況についても、併せて記入してください。								
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	利用希望回数
朝食								回 回
昼食								
夕食								
④利用開始希望日		年 月 日 ( 曜日)						
⑤緊急時の連絡先等								
緊急連絡先①	住所							
	ふりがな				電話番号			
	氏 名				利用者との続柄			
緊急連絡先②	住所							
	ふりがな				電話番号			
	氏 名				利用者との続柄			
業者からの 事前連絡先	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先①と同じ <input type="checkbox"/> 緊急連絡先②と同じ <input type="checkbox"/> その他							
	※「その他」の場合、連絡先を下記に記入してください。							
	住 所							
	ふりがな				電話番号			
氏 名				利用者との続柄				

担当課使用欄

障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
備考	