第２号様式（第７条関係）

給食サービス利用希望者調査票

（　初回　・　継続　）

※全て記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | ふりがな | | 男  女 | 住所 | 秦野市 | | |
| 事業所名・担当者氏名 | | |  | | | | 調査日：　　年　　月　　日 | |
| 主な傷病名 | | |  | | | | | |
| ①介護認定 | | | □ なし(0)　□ 申請中(1)　　□事業対象者(3)  □ あり　□要支援１(3)　□要支援２(3)　□要介護１(4)　□要介護２(4)  　　　　 □要介護３(5)　□要介護４(5)　□要介護５(5) | | | | | |
| 介護保険サービス | | | □ なし　　□ あり（サービス内容は別紙として添付してください。） | | | | | |
| ②ＡＤＬ | 食形態 | | □ 普通食(0)　　　□ きざむ等の介助が必要(2) | | | | | |
| 移　動 | | □ 自立(0)　　　　□ 外出時に介助が必要(1)　　　□ 室内でも介助が必要(3) | | | | | |
| 意思疎通 | | □ 自立(0)　　　　□ ときどきできる(1)　　□ 日常的に困難(2) | | | | | |
| ③ＩＡＤＬ | 買　物 | | □ できる(0)　　　□ 少量の買い物のみ(3)　　　□ できない(5) | | | | | |
| 調　理 | | □ できる(0)　　　□ 簡単な物のみ(5)　　　□ できない(10) | | | | | |
| 火の元の管理 | | □ できる(0)　　　□ ときどき確認が必要(3)　　□ できない(5) | | | | | |
| 金銭管理 | | □ できる(0)　　　□ ときどき確認が必要(1)　　□ できない(3) | | | | | |
| 後片付け等 | | □ できる(0)　　　□ 配膳・下膳のみ(1)　　□ できない(3) | | | | | |
| 車の運転 | | □ している(0)　　□ いくらか困難(1)　　　□ していない(3) | | | | | |
| 交通手段の利用 | | □ している(0)　　□ いくらか困難(1)　　　□ していない(3) | | | | | |
| 服　薬 | | □ 用量・時間を守れる(0)　　□ 用意してもらえば可(2) | | | | | |
| 電話の利用 | | □ できる(0)　　　□ かかってきた電話のみ(1)　 　□ できない(3) | | | | | |
| 栄養状態 | | □ BMI25以上(0)　 □ BMI25未満－18.5以上(3)　　□ BMI18.5未満(5) | | | | | |
| 食事制限 | | □ なし(0)　　　　□ あり(10)〔内容：　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| ④支援者 | 家　族 | | □ 週２回以上(0)　□ 週１回(3)　□ 週１回未満(5)　□ ほとんどなし(8) | | | | | |
| 協力者 | | □ 週２回以上(0)　□ 週１回(1)　□ 週１回未満(2)　□ ほとんどなし(3) | | | | | |
| 給食サービス利用決定 | ⑤緊急利用の必要性 | | □ なし(0)　　□ あり(20)〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 特記事項 | | 〔現病歴、住宅環境、要介護者の有無など、配慮すべき状況があれば記入してください。〕 | | | | | |
| 点　数 | | ①介護認定　　点　②ＡＤＬ　　点　③ＩＡＤＬ　　点　④支援者　　点　⑤緊急利用の必要性　　　点 | | | | | |
| 希望利用回数 | | 週　　回（□月 □火 □水 □木 □金）**昼・夕** | | | | | 合計点　　　点 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回数基準表 | 点　数 | 回数上限  希望給食業者： |
| ０　から　１５ | ０回 |
| １６　から　３５ | １回 |
| ３６　から　５５ | ２回 |
| ５６　から　７５ | ３回 |
| ７６　から　９５ | ４回 |