様式第1号（第５条関係）

　　年　　月　　日

三　原　市　長　様

申請者 住　所

氏　名

電　話　　　　　（　　　）

**三原市ふれあい訪問給食サービス利用登録申請書**

給食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | | 三原市  　　　　　電話：（　　　　） | | |
|  | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日　　　（　　　歳） | | |
| 世帯状況 | １．単身世帯　　　　　２．高齢者のみ世帯　　　　３．その他（　　　　　　） | | | | |
| 介護保険認定状況 | １．なし　　２．申請中　　３．非該当　　４．要支援（　　）　５．要介護（　　） | | | | |
| 希望曜日  ※１日1食週５回まで | 昼　食 | | 月　　　火　　　水　　　木　　　金　　　土 | | |
| 夕　食 | | 月　　　火　　　水　　　木　　　金　　　土 | | |
| 緊急連絡先　１ |  | |  | 利用者との関係 | |
| 連絡先 | | 住所：  電話：（　　　　） | | |
| 緊急連絡先　２ |  |  | | 利用者との関係 | |
| 連絡先 | 住所：  電話：（　　　　） | | | |
| 地域包括支援センター名称または  居宅介護支援事業所名称 |  | | | 担当者名 |  |
| 給食サービスが必要な状況 | （心身・傷病の状況　安否確認が必要な理由） | | | | |

三原市ふれあい訪問給食　アセスメント票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | |  | | 住所 | 三原市 | 生年月日 |
| M･T･S　　　　　年  　　月　　日生（　　　）歳 |
| 病　歴 | 既往歴 | |  | | | |
| 現病歴 | | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）通院：往診（　　回／　） | | | |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）通院：往診（　　回／　） | | | |
| 身　　体　　状　　況 | 歩　　行 | | □歩ける　　□伝い歩き　　□要介助　　□歩けない  状況（○杖　○車椅子　○歩行器　○転倒の危険性あり） | | | |
| 上肢機能 | | □問題なし  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 視　　力 | | □見える　　□見えにくい　　□ほとんど見えない　　□見えない | | | |
| 聴　　力 | | □聞こえる　　□聞こえにくい  □ほとんど聞こえない：補聴器･･･□なし　□あり | | | |
| 意思疎通 | | □通じる　　□大体通じる　　□ほとんど通じない | | | |
| 記憶障害 | | □なし　　□物忘れ・置忘れがある  □最近の出来事がわからない　　□直前のことも忘れる | | | |
| 食物アレルギー | | | □なし　　□ある（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 週間サービス計画表  ※週５日以内で1日１食利用できます。（地区により昼・夕食の選択制または昼食のみ）  記入記号  ・本：本人　　　　・配：給食サービス　　・通：通所サービス　　　・そ：その他  ・H：ヘルパー　　・家：家族・親族　　　・ボ：ボランティア等　　・一：一般弁当   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | | 朝 |  |  |  |  |  |  |  | | 昼 |  |  |  |  |  |  |  | | 夕 |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |

※介護保険利用者は、「居宅サービス計画書(1)、(2)」及び「週間サービス計画表」の写しを、または「介護予防サービス支援計画書」及び「週間支援計画表」の写しを添付してください。

※食物アレルギーのある方は、別紙「アレルギー対応について」を添付してください。