

配食サービスチェックシート

1 配食サービスの対象確認

- ☐ 単身高齢者世帯又は高齢者のみ世帯である ※高齢者は65歳以上をいう
- ☐ 対象者が、75歳以上又は要介護・要支援認定を受けている
- ☐ 同居者全員が、75歳以上又は要介護・要支援認定を受けている（同一住所地に世帯を別にする親族等も含む）
- ☐ 対象者の緊急時に救援を行う「協力者」の同意を得ている

【判断基準】

全てに☑が入った方 ⇒ 以下基本情報をご記入ください。調整食を希望の方は、食事形態やエネルギー、塩分等の制限について医師の意見が必要となりますので刈谷市配食サービス（調整食）の利用に係る意見書も添付してください。

一つでも☑が入らなかった方 ⇒ 対象要件に当てはまりません。ただし、65歳以上の高齢者のみ世帯又はこれに準ずる世帯（同居人が重度障害者等）は、アセスメント調査により食事の準備が困難な世帯と認められる場合は利用することができます。一度長寿課にご相談ください。

2 基本情報

対象者氏名												
配食サービス希望区分	☐ 一般食				希望曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金				希望業者		
	☐ 調整食 ☐ カロリー・塩分調整食 ☐ 腎臓病食 ☐ 透析食 ☐ やわらか食 ☐ ムース食				希望曜日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金				希望業者		
	※調整食を希望する方は、刈谷市配食サービス（調整食）の利用に係る意見書も添付してください。											
本人に関する情報	健康状況	身長及び体重	身長		cm							
			体重		kg		最近6か月の体重の増減		増・減（ ）kg ・ 変化なし ・ 不明			
		現疾患及び既往歴		病名		主治医		発症日		備考		
			1					年 月				
			2					年 月				
			3					年 月				
	家族連絡先	氏名		続柄		住所				電話番号		
	特記事項	アレルギー		支障なし・支障あり		支障ありの場合 具体的な状態						
		電話対応		支障なし・支障あり								
金銭の授受		支障なし・支障あり										
配食業者との連絡調整		本人・本人以外		本人以外の場合	氏名		電話番号					
文書の送付先		本人・本人以外		本人以外の場合	宛名		住所					
備 考 ※配食業者との連絡調整や配達時において必要な配慮があれば記入してください。												

３ 介護及び配食サービスの利用状況

- ☐ 要介護・要支援認定を受けている
- ☐ 介護保険サービス（デイサービス、ヘルパー等）又は配食サービスを利用している

【判断基準】

二つに☑が入った方 ⇒ 以下の介護及び配食サービスの利用状況を、担当のケアマネに確認・相談の上、記入してください。

上記以外の方 ⇒ 以上で終了です。

4 介護サービスの利用状況

[illegible]