

## 自立支援・配食ネットワーク情報提供票

情報提供年月日	年	月	日
---------	---	---	---

配食事業所	御中
-------	----

フリガナ 利用者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
---------------	------	---

利用者住所	町田市
-------	-----

電話番号	要介護度	要介護	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	特記事項
------	------	-----	------	-----------------------------	--------------------------------	------

基本情報	配食の必要性	<input type="checkbox"/> 心身機能の低下により、食事の確保が困難 <input type="checkbox"/> 適切な食事量やバランスのとれた栄養摂取が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	見守りの必要性	<input type="checkbox"/> 転倒リスクあり <input type="checkbox"/> 認知機能低下あり(食事等の声掛け要) <input type="checkbox"/> その他 ( )
身体状況・健康状況	主な疾患名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患(透析 なし・あり) <input type="checkbox"/> 心疾患・脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	医師等による食事に対する指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 塩分調整食 <input type="checkbox"/> カロリー調整食 <input type="checkbox"/> たんぱく調整食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名: )
	摂食嚥下機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 固いものが食べにくくなった <input type="checkbox"/> 口の渇きが気になる <input type="checkbox"/> お茶や汁物等でむせることがある
配達サポート時の注意事項		

### ▼変わった様子があった場合の連絡先

1	居宅介護支援事業所※	担当
	※居宅介護支援事業所と契約をしていない場合は、担当の高齢者支援センターをご記入ください。	
	所在地	電話番号
2	その他の緊急連絡先 ※まずは1の連絡先へ連絡してください。	
	フリガナ 氏名	続柄

### ▼配食サービスの利用

配食サービス		月	火	水	木	金	土	日
	昼食							
	夕食							

※サービスを利用する曜日等に「○」を記入してください。市制度の配食の利用は「●」を記入してください。

### 配食事業所での本票の取り扱い注意事項

- ・業務に従事する者以外の目に触れることがないように厳正に管理すること。
- ・保管場所は施錠するなどの配慮を怠らないこと。
- ・コピーをとらないこと。サービス中止などにより本票の必要なくなった場合は、シュレッダーののち焼却するなど、確実に処分すること。

市記入欄