

【配食サービス別紙①】 ※ 下記欄に記入してください。

フリガナ								
対象者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)							
住 所	川越市 電話番号 ()							
希 望 等 回 数 ※ 1日あたり1食、週4食までとなります。	回 数 週あたり	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回						
	曜 日 等	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日	<input type="checkbox"/> 日曜日
		<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 昼食
		<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食	<input type="checkbox"/> 夕食
緊 急 連 絡 先 1	住 所	TEL : (自宅・携帯・勤務先)						
	フリガナ 氏 名			対象者 からみ た続柄				
緊 急 連 絡 先 2	住 所	TEL : (自宅・携帯・勤務先)						
	フリガナ 氏 名			対象者 からみ た続柄				
◎通常の連絡先(サービス開始前に配食サービス事業者から連絡があります。) (氏名 _____、TEL _____) ※平日・日中に連絡が取れる方を記入してください。未記入の場合は本人へ連絡します。								
私は、本紙に記載した内容およびサービス利用状況に関する情報を配食事業者へ提示することに同意します。								

【市処理欄】 ※ 下欄については、記入しないで下さい。

連絡事項	
------	--

【配食サービス別紙②】 ※ 下記欄に記入してください。

要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名() 担当者名()				
食に関する状況 <small>※「できない」にチェックをした場合は、必ず対象者の状況をご記入ください。</small>	食べること	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒(状況:)			
	食料品の買物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒()			
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒()			
	火気管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒()			
	献立を立てる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒()			
	食費管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない⇒()			
現在利用しているサービス	介護保険サービス 有・無 (サービス名・回/月・週)		介護保険以外のサービス 有・無 (サービス名)		
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)				
食事支援	<input type="checkbox"/> 支援なし <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯構成員 <small>※対象者以外の方</small>	氏名	続柄	年齢	健康(介護)状態	職業
配食が必要な理由 <small>※買物・調理が困難な理由</small>	◎現在の身体状況・生活環境とあわせて記入してください。 ()				
希望する配食業者名	<small>※「配食サービス事業者一覧表」を参考に希望する配食事業者名を記入してください。</small>				
特記事項					