

津島市高齢者配食サービス事業確認事項届出書

食の自立支援では治療食(透析、カロリー、たんぱく、減塩調整食)に対応していませんが、大丈夫ですか。(普通食のみ)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
要介護認定は受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい 【要介護度：_____】	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中
医師から認知症と診断を受けたことがある又は疑いがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
食事の支援は受けていますか。	<input type="checkbox"/> 支援なし <input type="checkbox"/> 支援あり 1 支援者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他( ) 2 支援内容 <input type="checkbox"/> 食事差し入れ <input type="checkbox"/> 買い物援助 <input type="checkbox"/> 通い支援 3 支援頻度( )回/週	
現在、サービスを利用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ デイサービス又はデイケア(午前・午後・全日) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ヘルパーサービス(昼食の提供) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
決定通知書の送付先はどなたにされますか。	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他( )

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから現在・過去の状況に関連するものを記載)

年月日	病名	経過	治療中の場合は内容
		治療中 経観中 その他	
		治療中 経観中 その他	
		治療中 経観中 その他	
		治療中 経観中 その他	