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) | □はい　　　　　　　　　　□いいえ |
| 要介護認定は受けていますか。 | □はい　　　　　　　　　　□いいえ【要介護度：　　　　】　 □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。 | □はい　　　　　　　　　　□いいえ |
| 食事の支援は受けていますか。 | □支援なし□支援あり１支援者　□同居家族　□親族　□その他(　 　　 )２支援内容 □食事差し入れ □買い物援助 □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。 | □はい　　　　　　　　　　□いいえデイサービス又はデイケア(午前・午後・全日)□月　□火　□水　□木　□金　□土ヘルパーサービス(昼食の提供)□月　□火　□水　□木　□金　□土 |
| 決定通知書の送付先はどなたにされますか。 | □本人　　　□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 |  |