利用調査票（配食サービス用）

対象者：住所

　氏名 　　　　　　　　　　　 （　　 歳）

該当する項目に □ をつけて下さい。

１ 家族構成について

□ 高齢者世帯

□ 単身世帯

□ 高齢者世帯または単身世帯に準ずる世帯

２ 現在の食事の状況について

□ 親族等の支援あり （ 調理の支援 ・ 差し入れや買い物の援助 ）

□ 支援なし

□ 食材の調達は可能

３ 配食サービスが必要な理由について

□ 加齢又は傷病等による身体機能の低下が認められる （例：麻痺や認知症等を発症）

□ 家事全般ができない（例：今まで調理した経験がない）

□ 食材の調達が困難である（例：近所にスーパーがない）

□ 適切な栄養バランスを要する（例：偏りのある食事をしている）

□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

４ 利用計画について（配食サービスを必要とする曜日等を記入）

令和 　年 　月 　日

□ 地域包括支援センター（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）