

玉野市給食サービス 実態調査票

※この実態調査票は利用者以外の、生活状況等を把握しているケアマネジャーや病院のソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員、保健師、親族等に記入してもらってください。

記入日 年 月 日

記入者	所属			電話番号		
	氏名					
対象者	氏名		生年月日	年	月	日生
	住所	玉野市			年齢	歳
	電話番号				性別	男・女
	介護認定申請	未申請・申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5・非該当				
家族状況	世帯状況	独居・高齢者世帯・日中独居・その他()				
	緊急連絡先	氏名： (続柄) 電話番号：				
生活状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	買い物	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	配・下膳	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	献立・調理	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	食費管理	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	火気管理	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
	食事支援	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 支援なし (通い支援、差し入れ、買い物援助等)				
	調理・食事設備	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや不十分	<input type="checkbox"/> 設備なし		
	食事回数	回/日	外食頻度	回/週		
	一緒に食べる人	有・無				
	食品購入先	生活圏内に 有・無				
	経済的負担	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		
健康管理状況	現病歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(病名：)				
	通院・往診等	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(頻度： 週 回 又は 月 回)				
	かかりつけ医					
サービスの利用	介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない・ <input type="checkbox"/> 利用している (利用中のサービス名)				
	介護保険以外のサービス	<input type="checkbox"/> 利用していない・ <input type="checkbox"/> 利用している (利用中のサービス名)				
特記事項						