

【 記入例 】

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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
要介護認定は受けていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい 【要介護度： <u> 1 </u> 】	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 支援あり 1 支援者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 買い物援助 <input type="checkbox"/> 通い支援 3 支援頻度(<u> 1 </u> (日曜日))回/週	
現在、サービスを利用していますか。	<input checked="" 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・ <u> 全日 </u>) <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(津島市 次郎(長男) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地)	

《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
R3.2	転倒骨折	治療中 <u> 経観中 </u> その他	
H30.7	糖尿病	<u> 治療中 </u> 経観中 その他	GI療法。配食利用は医師に相談し、確認了承済み。
		治療中 経観中 その他	

食事制限の指示を受けている場合は、申請する前に必ずかかりつけ医にご確認ください。