

第1号様式（第5条関係）

伊勢原市まごころ配食サービス利用申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所
氏名
電話 ()

対象者氏名			生年月日	M. T. S	年 月 日
住所					(歳)
希望する 内 容	開始希望	月 日	申請理由		
	曜日・回数 夕食 昼食				
介護保険申請の有無	有（要介護度 ） ・ 無				
緊急連絡先	氏名		続柄		
	住所		電話	()	
疾病の状況	既往症 現在				

日 常 生 活 動 作 等	食 事	<input type="checkbox"/> 箸で自由に <input type="checkbox"/> さじ使用 <input type="checkbox"/> できない			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> おかゆ			
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
	食べられないもの				
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 歩けない			
	行動範囲	<input type="checkbox"/> 単独外出 <input type="checkbox"/> 家のまわり <input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 床のうえ			
	用 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレまで介助自力で便器使用 <input type="checkbox"/> 便器介助 <input type="checkbox"/> おむつ（失禁： 有 ・ 無 ）			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 大変悪い				

*配食サービスの提供上、必要な情報です。もれなくご記入ください。