**配食サービス確認票**

別 紙

**記入者：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 契約日  （注文票作成日） | 年　　　月　　　日 |
| ２ | 本人が調理  困難な理由 | □　立位の保持が困難（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □　上肢の拘縮・麻痺がある（部位：　　　　　　　　　　　　　 　　）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □　買い物に行くことが困難  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □　認知症状の悪化  □　専門的な調理が必要（糖尿病等）（病名：　　　　　　　　　　　　）  □　その他  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| ３ | 同居者の有無 | 有　　・　　無 |
| 同居者が調理  困難な理由 | □　仕事等で不在  □　立位の保持が困難（理由：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）  □　上肢の拘縮・麻痺がある（部位：　　　　　　　　　　　 　　　　）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）  □　買い物に行くことが困難  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □　認知症状の悪化  □　本人に専門的な調理が必要（糖尿病等）（病名：上記と同じ）  □　その他  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |

【 町確認欄 】

|  |  |
| --- | --- |
| □　介護保険料滞納の有無　　有　・　無　　（特別徴収・普通徴収・特普併用） | |
| □　主治医意見書の確認 | □　認定調査票の確認 |
| 確認者： | 確認日： |