

配食サービス確認票

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	<input type="checkbox"/> 立位の保持が困難 (理由：) <input type="checkbox"/> 上肢の拘縮・麻痺がある (部位：) (理由：) <input type="checkbox"/> 買い物に行くことが困難 (理由：) <input type="checkbox"/> 認知症状の悪化 <input type="checkbox"/> 専門的な調理が必要 (糖尿病等) (病名：) <input type="checkbox"/> その他 ()
3	同居者の有無	有 ・ 無
	同居者が調理 困難な理由	<input type="checkbox"/> 仕事等で不在 <input type="checkbox"/> 立位の保持が困難 (理由：) <input type="checkbox"/> 上肢の拘縮・麻痺がある (部位：) (理由：) <input type="checkbox"/> 買い物に行くことが困難 (理由：) <input type="checkbox"/> 認知症状の悪化 <input type="checkbox"/> 本人に専門的な調理が必要 (糖尿病等) (病名： 上記と同じ) <input type="checkbox"/> その他 ()

【 町確認欄 】

<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納の有無 有 ・ 無 (特別徴収・普通徴収・特普併用)	
<input type="checkbox"/> 主治医意見書の確認	<input type="checkbox"/> 認定調査票の確認
確認者：	確認日：