

塩尻市檜川地区配食見守りサービス事業利用申請書

令和 年 月 日

(あて先)塩尻市長

〒

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、塩尻市檜川地区配食見守りサービス事業の利用を申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住 所			
申 請 理 由				
被 保 険 者 番 号		利用開始	年 月 日から	
介 護 度				
希 望 配 食 日	週 回 (希望配食日に○をつけてください。) 火曜日 金曜日 (昼) (昼)		食物アレルギー等ある場合は 記入してください ()	
希望口座振替を選択してください				
八十二銀行 ・ ゆうちょ銀行 ・ それ以外				
口座振替書の送付先を選択してください (対象者宅の場合、初回のお弁当配達時にお渡しします)				
対象者宅 ・ 家族等 : 氏名 _____ 〒 _____ 住所 :				
緊急連絡先 (弁当業者・配達事業者にも情報提供します)				
ふりがな 氏 名	続 柄	住 所	電 話	
担当 CM (弁当業者・配達事業者にも情報提供します)				
ふりがな 氏 名	事 業 者 名		電 話	

※裏面の塩尻市檜川地区配食見守りサービス申請時確認表を必ずご記入ください。

塩尻市檜川地区配食見守りサービス申請時確認表

対象者氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 栄養改善に係るチェック表

1	この3か月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか。	はい ・ いいえ
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はあるか。	はい ・ いいえ
3	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重の増減があるか。	はい ・ いいえ
4	定期的に身長及び体重を測定しているか。(BMI) ※ BMI = 体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) 直近の時期に測定した身長 _____ cm、体重 _____ Kg	はい ・ いいえ
5	6ヵ月前に比べて固いものが食べにくくなったか。	はい ・ いいえ
6	お茶や汁物等でむせることがあるか。	はい ・ いいえ
7	口の渇きが気になるか。	はい ・ いいえ
8	週に1回以上は外出しているか。	はい ・ いいえ
9	昨年と比べて外出の回数が減っているか。	はい ・ いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれるか。	はい ・ いいえ
11	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしているか。	はい ・ いいえ
12	今日が何月何日かわからない時があるか。	はい ・ いいえ
13	自分の健康状態をどう思うか。 (良い) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (良くない)	
14	自分の健康状態をよくするために、食事の調整(食事や食材の制限等)をできると思うか。 (できる) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (できない)	