

配食調査書

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------|----------|------------------|--------|-------------------------|----------|----|--|
| 利用者氏名 | | | | 住 所 | | | |
| 支援センター名 及び担当者名 | | | | 事業所及び ケアマネ名 | | | |
| 曜日／項目 | 現在の食事の状況 | | | 介護保険のサービス | その他のサービス | | |
| | 朝 | 昼 | 夜 | | | | |
| 月 | | | | | | | |
| 火 | | | | | | | |
| 水 | | | | | | | |
| 木 | | | | | | | |
| 金 | | | | | | | |
| 土 | | | | | | | |
| 日 | | | | | | | |
| 介護度 | | 配食を開始して いますか。 | はい・いいえ | 家 族 状 況 | | | |
| 日常の買い物は どの様にしてい ますか。 | | | | 松山市内に子 供はいますか。 | 氏名 | 住所 | |
| 自電車・車にのれ ますか。公共交通 機関は利用出来 ますか。 | | | | 松山市内に兄 弟姉妹はいま すか。 | 氏名 | 住所 | |
| | | | | 松山市内に親 戚はいますか。 | 氏名 | 住所 | |