

見守り配食支援事業 状況調査票（表面）

この事業は、加齢や疾病等のため安否確認を必要とする高齢者で、家族等による見守りが日常的に受けられない方を対象としています。

「確認」してください

【注意】 次のような方は、対象となりませんのでご注意ください。

- ・ 家族の訪問や、介護サービス等による見守りが週5日以上ある。（見守りがされているため。）
- ・ 買物やサロン等に一人で外出している。日常生活動作が概ね自立している。（安否確認を要する状態と判断できないため。）

記入年月日	令和 ● 年 ● 月 ●● 日
記入者氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 緊急連絡先と同じ ☒ その他 ○○ △△ （利用者からみた関係：ケアマネジャー） （連絡先： ***-****-****）
利用者氏名	○○ ●●
利用決定（却下） 通知の送付先	【書類の送付先にチェックしてください。※チェックがない場合は、申請者あてに送付します。】 ☐ 申請者の住所 ☒ 利用者の住所 ☐ 緊急連絡先の住所 ☐ その他の住所 郵送先 〒 — 住所 宛名

■ 以下、利用者の状況について記入してください。

世帯構成	☒ 単身 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ その他（ ）
介護認定	☐ なし ☐ 申請中 ☒ あり【要支援（ ）・要介護（ 2 ）】
障害者手帳	☒ なし ☐ あり { 【身体障害者手帳 級】 【療育手帳 級】 【精神障害者保健福祉手帳 級】
現在利用している 相談機関	☐ なし ☒ あり【事業所名： ケアプランセンター ■■】 【担当者名： ▲▲ケアマネジャー】 （連絡先 ***-****-****）

⇒ 【裏面にもご記入をお願いします】

見守り配食支援事業 状況調査票（裏面）

■安否確認を必要とする状況について、あてはまるものの数字に「○」をし、具体的な状況や危険と感じた出来事等を記入してください。

①	歩行が不安定で、よく転倒する。日常生活でかなり介助が必要。
2	認知症が進行しており、日常的な判断が十分にできない。（誤った器具の操作をしていても気付かない等。）
3	突発的に生命に危険な症状が発生する疾患等により、日常生活に注意を要する。
※必須（「○」をつけた内容について、<u>具体的に普段の状況や危険と感じた出来事等を記入してください。</u>） 足腰が悪く、ふらつきやすく、よく転倒する。最近自宅の玄関で転倒しなかなか起き上がれなかった事があった。お尻をケガしたが我慢していて、デイサービスの職員さんが朝迎えに来た時にケガを見つけた。	

■身体 の 状況、生活の様子について、あてはまるものに「○」をつけてください。

歩	行	1 自立	2 杖・歩行器を使用	③ 介助が必要	4 全く歩けない
視	力	① 普通	2 やや悪い	3 ほとんど見えない	4 全く見えない
聴	力	1 普通	② 大声で聞こえる	3 耳元で大声で聞こえる	4 全く聞こえない
意 思 の 疎 通		1 できる	② ややむずかしい	3 かなりむずかしい	4 むずかしい
食	事	① 一人でできる	2 少し介助が必要	3 ほとんど介助が必要	4 全て介助が必要
排	泄	① 一人でできる	2 少し介助が必要	3 ほとんど介助が必要	4 全て介助が必要

■家族の状況について記入してください。

続柄	市内（番地までは記入不要）	市外（市区町村名）	見守りの状況
子（長男）	〇〇 町 △△		仕事が忙しく、日々の見守りができない。可能であれば週末に様子を見に行っている。
子（長女）		▲▲県●●市	遠方のため、見守りは月に1回程度
子（次女）	■ ■ 町		夫の両親を介護しており、日々の見守りができない。不定期で週1回様子を見に行っている。
	町		