様式第2号（第5条関係）

すさみ町食の自立支援事業に係る調査票

要介護認定状況				
□なし	□申請中	□あり	要介護区分	（　　）

健康状況	
主な疾患名	
かかりつけ医	

食に関する状況				
咀嚼	□　問題なし	□問題あり（　　）		
食事量	□　殆ど食べれない	□お茶椀1/3は食べる	□お茶椀半分は食べる	□完食する
食物ｱﾚﾙｷﾞｰ	□　なし	□　あり　（内容　　）		
買い物	□　問題なし	□問題あり（　　）		
調理	□　問題なし	□問題あり（　　）		
ゴミ出し	□　問題なし	□問題あり（　　）		
火気管理	□　問題なし	□問題あり（　　）		
食費管理	□　問題なし	□問題あり（　　）		
調理設備	□　問題なし	□問題あり（　　）		
食材入手	□　問題なし	□問題あり（　　）		
食事支援	□　同居家族	□その他（　　）		
食事療法の指示	□　なし	□あり　（　　）		
特記事項				

1日の食事の状況	
朝　食	
昼　食	
夕　食	

配食サービス以外で食の確保に関係したサービスや家族支援、民間事業者等があれば記入して下さい。

利用が必要な期間
年　　月　　日　　～　　年　　月　　日

申請の代行又は申請の支援をした者			
事業者名		担当者名	