

## 配食チェックリスト

下記の項目全てにチェック☑がある方は、配食サービス対象となります。

チェック項目	概 要	チェック☑	備考
対象者	単身世帯、高齢者世帯である。	<input type="checkbox"/>	
支援する人・ 援助の範囲	支援できる家族等がない。または、できない日がある。	<input type="checkbox"/>	
行 動	車の運転ができない。	<input type="checkbox"/>	
買い物	ひとりで買い物に行くことはできない。	<input type="checkbox"/>	
	食品の移動販売、食品の注文（宅配事業者など）を利用していない日に○印をつけて、チェックを入れてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日  ※利用している曜日のみ対象外になります。	<input type="checkbox"/>	
サービス利用	介護サービス等を利用しない日に○印をつけて、チェックを入れてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日  ※ヘルパー調理支援・食材の買い物支援 ・食事提供のある通所サービス等の利用のみ	<input type="checkbox"/>	
栄養状態	以下の項目に記入し、チェックを入れてください。 身長（                    ）cm、体重（                    ）kg	<input type="checkbox"/>	
家族等による 食の提供	家族等による食の提供がない日に○印をつけて、チェックを入れてください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日  ※食の提供がある曜日のみ対象外になります。	<input type="checkbox"/>	