

小柵アスカ福祉会 配食サービス申込書

申込者

年 月 日

(フリガナ)		性別		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 -	長崎市	電話番号	(自宅) -	ケアマネジャー	事業所：
				(携帯) - -		氏名：
現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> どこかの施設でサービスを利用している (施設名)		<input type="checkbox"/> 食品アレルギー(嫌いなもの)がある <input type="checkbox"/> ない (食品名)		<input type="checkbox"/> カロリー摂取量の制限がある(糖尿病) <input type="checkbox"/> ない (1日 kcal) <input type="checkbox"/> 塩分摂取量の制限がある(減塩) <input type="checkbox"/> ない (1日 g)	
	持病	<input type="checkbox"/> 持病がある <input type="checkbox"/> ない (病名)	薬	<input type="checkbox"/> 現在、服用中の薬がある <input type="checkbox"/> ない (薬名)	弁当の内容 <input type="checkbox"/> ごはん付き <input type="checkbox"/> おかずのみ <input type="checkbox"/> ごはんのみ	
利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		利用開始日	月 日		

連絡先 (緊急の際は、こちらに連絡させていただきます)

(フリガナ)		性別		続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
氏名		男 ・ 女		電話番号	同居、別居の区分 (住所)

備考