南庄内・たべるを支援し隊　申込書

南庄内・たべるを支援し隊　宛　　　　　　 　 　 　　　　　　　　　　　申込日：　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との関係：　　　　　　　　　　　　　　 　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 連絡先：（ 　　　　 ）　　　　　－ |

基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 本人氏名 |  | 男・女 | 大・昭・平・令 　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　）歳 |
| 訪問先住所 | 電話番号：（　　　　　　　　）　　　　　－　　　　　　　　　　　駐車スペース：□あり　　□なし |
| 主病名既往歴 |  |
| かかりつけ医院・病院 | □あり（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　）　 　　　□なし□通院している　　　□訪問診療・往診を受けている□ **主治医に南庄内・たべるを支援し隊に相談する旨を伝え了承を得ている。** |
| 困っている内容 | □ 半年の間で2～3Kg以上体重減少があったまたは減ることが想定できる□ 半年前に比べて堅い物が食べにくくなった　　　□ 入れ歯等が合わず咬みにくいものが多い□ 食べるのに時間がかかる　　　　□ 口が渇く　　　　□ 味がわからない□ お茶や汁物でむせることがある　　　□ 口の中・のどに食べ物が残る感じがする□ 食べる意欲がない　　□ 当人にあった食事・調理法がわからない□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人・家族の希望 | 本人：家族： |
| 身長・体重（わかる範囲で） | 身長：　　　　　　　 　　　cm　　　　 | 体重：　　　　　　　　　kg |
| 食事 | □自分で食べる　　　□介助があれば食べる　　　□胃ろうなどチューブ　　　□点滴□その他、コメントなど（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| キーパーソンの情報※日程調整などの連絡に対応できる方 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係：（　 　　　　　　　　　）連絡先：（　　　　　　）　　　　　－　　　　　　 |
| 要介護認定 | □あり　（要支援　１ ・ ２ 要介護　１ ・ 2 ・ ３ ・ ４ ・ ５ 　）□なし　（申請中・未申請・不明） |
| 担当ケアマネの情報※利用している場合 | 事業所名：担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：（　　　　　　）　　　　　－ |

申込窓口　鶴岡地区医師会　地域医療連携室ほたる

TEL：０２３５－２９－３０２１　　　　FAX：０２３５－２９－３０２２

※申込書の記載が困難な場合は、お電話での申込みも可能です。

R5.12.19～