

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: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
主病名 既往歴		
かかりつけ 医院・病院	<input type="checkbox"/> あり(医療機関名: 主治医:) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 訪問診療・往診を受けている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 半年前に比べて堅い物が食べにくくなった <input type="checkbox"/> 入れ歯等が合わず咬みにくいものが多い <input type="checkbox"/> 食べるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 味がわからない <input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある <input type="checkbox"/> 口の中・のどに食べ物が残る感じがする <input type="checkbox"/> 食べる意欲がない <input type="checkbox"/> 当人にあった食事・調理法がわからない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 介助があれば食べる <input type="checkbox"/> 胃ろうなどチューブ <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 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。
