

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	(本人との関係:)
	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。		
おしえてください。 ☐ 現在、食べることに困っていることがある			
例えば、 ☐ 最近むせることが多い ☐ 食べる量が減った ☐ 食べるのに時間がかかる ☐ 堅いものが食べにくいあるいは咬みにくい ☐ 食べた物が残る感じがする ☐ 体重が減ってきた ☐ 食べる意欲がない ☐ 当人にあった食事や調理の仕方がわからない ☐ 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: 本人との関係:() 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: 電話番号:() - 担当者氏名:

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。