

様式第 10 号 (第 11 条関係)

石井町地域自立生活支援事業 (配食サービス) 利用者チェックリスト

- |  |    |   |     |
|--|----|---|-----|
| 1. 65 歳以上の高齢者のみの世帯である                              | はい | • | いいえ |
| 2. 要介護認定 (要支援・要介護) を受けている                          | はい | • | いいえ |
| 3. BMI が 18.5 未満である<br>体重 ( ) kg 身長 ( ) cm BMI ( ) | はい | • | いいえ |
| 4. 6 ヶ月で 2 kg 以上の体重減少があった                          | はい | • | いいえ |
| 5. 半年前に比べて固い物が食べにくくなった                             | はい | • | いいえ |
| 6. お茶や汁物等でむせることがある                                 | はい | • | いいえ |
| 7. 口の渇きが気になる                                       | はい | • | いいえ |

1, 2 に該当の上、3～7 のいずれかに該当される方が配食サービスを利用できる。