

食事調査表

この調査は「大沢にじの里」の給食実施にあたって、参考にするものです。現在の食事の状況をご記入ください。

利用者名 性別 男 女 年齢 歳
身長 cm 体重 kg

1. 食物アレルギーはありますか？
ある ない

- 「ある」に○をつけた方は記入してください。
食品名（アレルゲン）

食べたときの症状

このことで医者にかかったことはありますか？

ある ない

2. 制限食はありますか？

ある ない

- 「ある」に○をつけた方は記入してください
例）糖尿：医師からカロリー制限を受けている。1日1600カロリー

3. 「そしゃく」について
そしゃく力がありますか？

よく噛める 少し噛める 噛めない

具体的に様子をご記入ください。

食事の道具

①スプーン ②フォーク ③箸 ④手づかみ ⑤介助

具体的に様子をご記入ください。

食事の形態について

大きさ ①大きめ ②普通 ③小さめ ④刻み食 その他（ ）
硬さ ①硬め ②普通 ③やわらかめ ④その他（ ）

4. 好き嫌いについて

主食の好み ご飯 パン 麺 その他

好きなものに○、嫌いなものに×をつけてください。

①いも類 ②豆類 ③魚介類 ④肉類 ⑤卵 ⑥野菜 ⑦乳製品 ⑧果物

⑨きのこ類

好きな食べ物を書いてください。

① ② ③ ④ ⑤

嫌いな食べ物を書いてください。

① ② ③ ④ ⑤

絶対食べないものがあたら書いてください。

偏食についての特徴や、気になっているところご記入ください。

5. 毎日の食事の状態で栄養的に心配なことがあればご記入ください。

6. 施設の給食に望むことやご意見・ご質問がありましたらご記入ください。

(ある方はお薬内容を11番に記入して下さい)

社会福祉法人にじの会

健康・医療調査書

1. 氏名 年齢 歳

住所
電話 携帯番号

2. 健康保険証種類および記号番号・保険者

国民健康保険 社会保険 共済保険
記号 番号 保険者

3. 愛の手帳・療育手帳 度

4. 身体障害者手帳 度

5. お近くのかかりつけ病院名・住所・電話(風邪をひいたとき等に診ていただくところ)

病院名
住 所
電 話

6. かかりつけの歯科はありますか?

はい いいえ

病院名
住 所
電 話

7. 日常生活する上での健康面で配慮の必要性(○で囲む)

①健康である ②概ね健康である
③健康管理に配慮が必要である
配慮点(

8. 障害について(自閉的傾向・てんかんなどの「愛の手帳」「療育手帳」)

診断名
通院医療機関名
服用している薬はありますか?

ある ない
(ある方はお薬内容を11番に記入して下さい)

9. 身体障害について(麻痺・事故後遺症・リュウマチなど身障手帳に関するもの)

診断名
通院医療機関名
服用している薬はありますか?
ある ない

10. その他の病気について(高脂血症・ぜんそく・アトピーなど)

診断名
通院医療機関
服用・使用している薬はありますか?

ある ない
(ある方はお薬内容を11番に記入して下さい)

11. 現在服薬している(使っている)薬の名前を記入してください。

朝

昼

夕

就寝薬

現在、薬をもらっている医療機関
医療機関名
電話

通院・薬のもらい方について(本人受診日・何日分・代理受領の場合は誰が、などを
記入ください。)

12. 心配事・配慮すべき点がありましたらご記入ください。