乳酸飲料配達サービス調査票

項目 番号	質 問 内 容	回 答 項 目 (いずれかに〇をお付けください)		
あなたの現況(日常生活・生活環境など)についてお伺いします。				
1	お仕事はされていますか。 また、それは週のうちどれくらいですか。	はい (週 回)	いいえ	
	「はい」と回答された方は、具体的にどのような お仕事をされていますか。			
2	要介護認定は受けていますか。	はい	いいえ	
	「はい」と回答された方は、介護度を教えてくだ さい。	要支援()	要介護()	
3	介護保険のサービスを利用していますか。	はい	いいえ	
	「はい」と回答された方は、利用しているサービ スを教えてください。			
4	市の配食サービスは、利用していますか。	はい	いいえ	
5	市の緊急通報装置は、利用していますか。	はい	いいえ	
6	行田市内に親族の方はいらっしゃいますか。	はい	いいえ	
	「はい」と回答された方は、ご自身からみたご関 係を教えてください。	子 • 子の配偶者 その他(・ きょうだい)	
7	普段から外出(通院、買い物、散歩等)は、されますか。また、それは週のうちどれくらいですか。	はい (週 回)	いいえ	
8	ご家族の定期的な訪問や電話連絡は、ありますか。 また、それは週うちどれくらいですか。	はい	いいえ	
		週1回・週2回・週3回・週4回・週5回以上		
9	ご近所や友人・知人などに定期的に会ったりしていますか。(サロン、老人クラブ、サークル、趣味、遊びなど)また、その頻度はどれくらいですか。	はい	いいえ	
		週1回·週2回·週3回以上·月1回~2回程度		

乳酸飲料配達サービス調査票

項目番号	質 問 内 容	回 答 項 目 (いずれかにOをお付けください)	
10	持病はお持ちですか。 また、お持ちの場合は、どのようなものですか。	はい	いいえ
		病名()
11	日常生活において、心配なことや不安、困りごとがありましたらご記入ください。		

※この事業は、ひとり暮らし高齢者の方が対象となります。 よって、日中独居の方は、対象となりません。

※原則手渡しで配達することにより、ひとり暮らし高齢者の方の「安否の確認」を目的としている本事業の制度趣旨を理解し、原則手渡しに同意します。

記入年月日(年月日)本人氏名(