

高齢者日常生活用具給付調査票（電磁調理器・電子レンジ）

下記の申告事項のとおりです。

調査日 年 月 日

1 本人（申請者）

ふりがな 氏名	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
認知症の診断	<input type="checkbox"/> あり 診断（ ）病院 <input type="checkbox"/> なし ※診断がない方は防火上の配慮が必要な理由を申告ください。 []	
用具の操作	<input type="checkbox"/> 覚えることができる <input type="checkbox"/> 覚えることができない	
調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 調理は出来ないが、お湯を沸かしたり、料理を温めたりすることはできる <input type="checkbox"/> できない	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※心臓用ペースメーカーを使用している方は、磁気の影響で誤作動を起こす場合があります。主治医に相談して、使用可能な場合は以下を記入してください。 （ ） 病院 先生）の判断により使用可能	

2 機種 ※ ①電磁調理器または②電子レンジを選択できます。

<input type="checkbox"/>	① 電磁調理器 卓上IH調理器 メーカー名：（ ） 機種名：（ ） ※給付を希望する用具について、□にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 片手鍋 <input type="checkbox"/> 両手鍋 <input type="checkbox"/> フライパン <input type="checkbox"/> ケトル
<input type="checkbox"/>	② 電子レンジ メーカー名：（ ） 機種名：（ ）

3 調査員

住所及び 事業者名	電 話
ふりがな 氏 名	続 柄