

配食サービスの意見書に関するご協力お願い

西原町では、高齢者サービスの一つとして「配食サービス」を提供しております。内容は週に5回までを上限とし、見守りと栄養改善を目的とした食事の提供となっております。その際、治療食に関し主治医の意見書をいただくことになっております。

つきましては、以下の内容をご検討の上、内容以上の特別食(エネルギー制限等)が必要な場合にのみ、意見書をご記入くださるようご協力とご理解よろしくお願
いいたします。

配食サービスの対象

- ・ 西原町に住所を有する老衰、心身の障害及び傷病等の理由により栄養改善が必要な者で次のいずれかに該当するもの
 - ① おおむね 65 歳以上の単身世帯の者
 - ② 高齢者のみの世帯及びこれに準ずる者
 - ③ 障害者手帳等の発行を受けている者

配食サービスの栄養

	1日あたり	一食あたり
エネルギー	1,500 kcal	500~600 kcal
たんぱく質	60 g	18~30 g
塩分	7 g	3 g

別紙

医師意見書

西原町配食サービス事業利用に当たり、次の者について、特別食が必要です。

住 所 西原町字

氏 名

疾患名

食事療法等

最近実施した検査結果(既存で最新のデータをお願いします。)

留意事項

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印