様式第２号（第４条関係）　　　　　配食サービスアセスメント票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本事項 | 相談年月日 | 年　　月　　日　　記入者氏名（　　　　　　　　）関係 |
| 対象者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女 |
| 生年月日　　Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） |
| 住所　電話（　　　－　　　　　） |
| 聞き取り相手 | 本人 ・ 家族（　　　　　　　 　　　　） ・ 他（　　　　　　　　　　　　） |
| 申請内容・理由 |  |
| 世帯構成 | □単身　□高齢者世帯　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | 氏名（　　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　　　）住所（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況 | □自己負担可能　□自己負担困難　 （生活保護・その他（　 　　　　　　　）） |
| 要介護認定 | □なし　□申請中　□あり（要介護（　）・要支援（　）・事業対象者・非該当） |
| 介護保険等のサービス利用 | □なし□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※ありの場合、デイサービス名やヘルパーの利用状況などを記入 |
| 担当ケアマネジャーまたは高齢者支援センター職員 | □なし□あり　所属（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 免許証及び車の使用 | 免許証　　□なし　□あり車の使用　□なし　□あり※車の使用ありの場合、原則サービスの対象となりません。 |
| 健康状況等 | 疾患等 | 主な疾患名　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□通院（　　回／週・月）　□往診（　　回／週・月）　□未受診服薬：□なし　□あり　医師の指示（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２ |
| ＢＭＩ | 体重（　　　　kg）÷身長（　　　　ｍ）　＝（　　　　　）　□測定不能最近６か月の体重増減　□なし　□不明　□あり（増減　　　　　　kg） |
| 身体機能 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　　 ※ありの場合状態を記入　例：杖歩行など） |
| 認知機能 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※弁当受取が困難な場合、サービスの対象外となることがあります。 |
| 聴力 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　※難聴がある場合などは、記入） |
| 食に関する状況 | 摂食 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 献立作成 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 買物 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 調理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 配膳下膳 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| ゴミ出し | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 火気管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食費管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食欲 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 偏食 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事回数 | 回／日　　　欠食（　朝・昼・夕　）　 |
| アレルギー | □なし　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調理設備 | □十分　□不十分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食材入手先 | 食品店・コンビニ・スーパー・移動販売・宅配・その他（　　　　　　　　　） |
| 食事支援 | □ 同居家族 □ 親族（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）□ 親族以外（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）□ 支援なし |
| **※ケアマネジャー又は高齢者支援センター職員が記入　別紙（以下の項目を全てみたす場合に限る）で報告の場合は、□にチェック**□生活実態については、別紙のとおりです。（様式は任意で可能） |
| 生活実態 | 家族構成図○＝女性□＝男性◎＝本人●■＝死亡 |  |
| 家族関係・介護者の状況等 |  |
| １日の過ごし方 | 午前午後 |
| 対人関係生活習慣 | 地域との関わり　□なし　□あり（□親族・□老人クラブ・□民生委員・□近隣　　　　　　　　　　　　　　　　□その他　　　　　　　　　　　　　　　）生活習慣　（決まって行っていることなどがあれば記載） |

特記事項・補足事項等