

# 高齢者等配食サービスアセスメント票（両面あり）

1

相談年月日		令和 年 月 日		記入者 所 属 ( ) 氏 名 ( )	
対象者		住所 三次市 電話 ( )			
		氏名 男・女			
		生年月日 ( M・T・S 年 月 日生 歳)			
聞き取り相手方		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		家族構成図	
申請理由					
確認項目		具体的確認事項			
基本情報	要介護（要支援）認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) ) <input type="checkbox"/> 申請したが非該当			
	福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身障 級 <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 知的 級 )			
	現在関わりのある機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 市支所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	現在利用するサービスの状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・サービス名：                      利用頻度： (    回/日・週・月) ・サービス名：                      利用頻度： (    回/日・週・月) ・サービス名：                      利用頻度： (    回/日・週・月)			
家族	居住形態	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	近くに親族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 市内にいる <input type="checkbox"/> 市外にいる ( 市町村名： )			
	別居家族の状況	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 交流なし <input type="checkbox"/> 交流あり   ※交流ありの場合 ↓			
	食事支援	<input type="checkbox"/> 通い支援 <input type="checkbox"/> 食事差し入れ <input type="checkbox"/> 買い物援助 <input type="checkbox"/> 支援なし			
健康状況	身長、体重、BMI (過去6か月の体重変化を含む)	(体重    kg) ÷ (身長    m) <sup>2</sup> = (    ) ≤ BMI 20 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 6か月間で2～3kg以上の体重減少があった <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	主な疾患、食事療法の要否・内容・頻度、服薬状況	主な既往疾患： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾患名： ,    年前)			
		通院（歯科医院も含む）： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容： )			
		医師、管理栄養士等による食事療法の指示： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的内容： )			
		食物アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名： )			
		服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    薬の管理： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない (内容及び頻度： )			

# 高齢者等配食サービスアセスメント票（両面あり）

2

身体状況	四肢機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
	排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
	摂食・嚥下機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなった： <input type="checkbox"/> 食べにくい <input type="checkbox"/> 変わらない
		お茶や汁物等でむせることがある： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ ）	
食に関する状況	食欲の程度	食欲： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
	食事回数	朝食（ <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない） 昼食（ <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない） 夕食（ <input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない）
	配食以外の食事	<input type="checkbox"/> 自分が調理・準備する <input type="checkbox"/> 同居家族が調理・準備する <input type="checkbox"/> 別居家族が準備する
		<input type="checkbox"/> 他の人（ ）が調理・準備する <input type="checkbox"/> 惣菜や弁当を買う
		<input type="checkbox"/> 外食する <input type="checkbox"/> 宅配弁当を利用する <input type="checkbox"/> その他（ ）
	買い物・調理の状況	食材宅配： <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している（ 回 / 日・週・月）
		買い物： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない（知識・技術・意欲の低下）
		調理： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない（知識・技術・意欲の低下）
		片づけ： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない（知識・技術・意欲の低下）
		火気管理： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない（知識・技術・意欲の低下）
		調理設備： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（理由： ）
配食利用料について	<input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> （ ）名義の口座より振替納付	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
社会参加の状況 （外出頻度等）	外出： <input type="checkbox"/> 外出しない <input type="checkbox"/> 外出する（ 回 / 週・月）	
	外出の目的： <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> デイサービス等 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	外出時の移動手段： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
孤食・共食, ソーシャル サポートの状況	一緒に食べる人 （朝食） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし （昼食） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし （夕食） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	困り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
備考		