

配食サービス利用者アセスメント票 (一般食・調整食)

どちらかに○印をつけてください。

調査年月日：〇〇年〇〇月〇〇日

対象者	刈谷 太郎	所属・担当者	〇〇居宅介護支援事業所 介護 花
-----	-------	--------	------------------

1. 基本チェック項目 レ点つけてください。

基本チェック項目	<input checked="" type="checkbox"/> 実態が単身・高齢者世帯である。 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要な世帯である。 <input checked="" type="checkbox"/> 食の確保が困難である。 <input checked="" type="checkbox"/> 対象者が利用を望んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族が利用を望んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の必要なサービスを活用できている。 <input checked="" type="checkbox"/> 配食時間に受取りが可能である。 <input type="checkbox"/> その他 (自由記載)
----------	--

2. 対象者の生活環境・家族構成

家族構成 (同居家族は○で囲む)
 ◎=本人、○=女性、□=男性 ■●=死亡、
 ☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」

主:富士子 次郎 さくら 次女(県外)

家族関係等の状況

- ・長男の妻がキーパーソン
- ・週に2回程度長男妻を中心に自宅を訪問し、買物支援を行う

3. サービス利用状況 ※民間含む

利用中のものに○を、利用予定のものに△をつける。

	月	火	水	木	金	土	日
午前	声の訪問 通所・訪問	声の訪問 通所・訪問	声の訪問 通所○・訪問	声の訪問 通所○・訪問	声の訪問 通所・訪問○	通所・訪問	通所・訪問
昼	配食(自費)	配食(自費)	配食(自費)	配食(自費)	配食(自費)	配食(自費)	配食(自費)
午後	通所○・訪問	通所・訪問	通所・訪問	通所・訪問	通所○・訪問	通所・訪問	通所・訪問
夕	配食(市・自費)△	配食(市・自費)△	配食(市・自費)○	配食(市・自費)△	配食(市・自費)○	配食(自費)○	配食(自費)
その他	()						

連絡事項

サービス利用状況：通所 デイサービス：月・水・金 ○○○○
 デイケア(通所リハビリ)：□□□□
 訪問 ホームヘルプサービス：金 △△△△ 調理、掃除、洗濯
 看護 ◎◎◎◎◎
 その他

家族等の支援の状況 買い物支援 1回/週

サービス事業者名 ◆◆◆◆事業所

(裏面へ続く)

4. 身体等の状況

基本事項	日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
		認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 難病 ()			
	本人の住居環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	自室 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2) 階	
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 … ()				
健康状況	現疾患及び既往歴	病名	主治医	発症日	備考
		1 脳梗塞	△○病院 ◆医師	令和○年○月○日	
		2		年 月 日	
		3		年 月 日	
		4		年 月 日	
	B M I	体重 [50] ÷ 身長 [150] ² ÷ [22.5]	体重増減 (6ヶ月)	増 ・ 減 () kg	
	四肢機能	問題 無・有 → ()		変化なし	
	視 力	問題 無・有 → ()	聴 力	問題 無・有 → (チャイムが聞こえ難い)	
食に関する状況	摂 食	問題 無・有 → ()	献 立	問題 無・有 → (調理しない)	
	嚥 下	問題 無・有 → (むせることがある)	嗜好傾向	問題 無・有 → (そばアレルギー)	
	買 い 物	問題 無・有 → (遠距離の歩行はできない)	調 理	問題 無・有 → (調理しない)	
	配、下膳	問題 無・有 → ()	ゴミ出し	問題 無・有 → ()	
	火気管理	問題 無・有 → ()	食費管理	問題 無・有 → ()	
	一緒に食べる人	朝食: 無・有 → () 昼食: 無・有 → () 夕食: 無・有 → ()			
特記事項	歩行の状況	問題 無・有 → (ゆっくりな歩行)			
	意思表示	問題 無・有 → ()			
	話の理解	問題 無・有 → (忘れやすい)			
	電話対応	問題 無・有 → (大きな声でないと聞こえない)			
	金銭の授受	問題 無・有 → ()			
	調整等連絡先	本人 ・ その他 (長男の妻に連絡する)			
	文書の送付先	主宅 ・ その他 ()			
医師の指示	調整食の場合: 医師連絡票の 有・無 内容確認 (指示あり・指示なし)				
	備考※ 留意事項など				

有の場合には内容をカッコ内に記入してください。