

配食サービス活用事業アセスメント票

【 新規 ・ 継続 】

利用 対象 者	フリガナ 氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
	介護認定 等の有無	無 ・ 有 [事業対象者・要支援 ( )・要介護 ( )]・申請中 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日		
	世帯構成	1 ひとり暮らし 2 高齢者のみの世帯 3 その他 ( )		
身 体 状 況	視	1 普通	2 弱視	3 全盲
	聴	1 普通	2 やや難聴	3 難聴
	言	1 普通	2 少し不自由	3 不自由
	歩	1 自分で可	2 一部介助	3 全介助
健 康 状 態	状 態			
	医 療	1 通院 2 往診 ・主 病 名 ( ) ・受診医療機関名 ( )		
配食サー ビスを利用 する理由	1 心身の疾病のため調理できない 2 身体機能に障害があり調理できない 3 治療食など適切な食事管理ができない 4 体重低下が著しい等、低栄養のリスクが大きい 5 その他 ( )			
特記事項	(本人や家族の状況、カロリー制限、アレルギー等特筆すべき事項を記入)			
低栄養状態 のリスク	1 体重が減少している。または、やせすぎている。 2 ごはん、おかずなどを食べる量が減っている。又は、1日2食以下。 3 食べる気力がわかない。食べるのが楽しいと感じない。 4 身体を動かさなくなった。 5 食べ物を買に行ったり、食事の支度をするのを不自由に感じる。			

身長	cm	体重	kg						
			日	月	火	水	木	金	土
利用調整の状況 (該当箇所に○) ※居宅サービス計画書 等の添付でも可	サービス種類								
	配食サービス								
	訪問介護 (訪問型サービス)								
	通所介護 (通所型サービス)								
	( )								

アセスメント 担当者	記入年月日	年 月 日
	所属名称	
	氏 名	電 話