

アセスメント票

基本事項	相談年月日	年 月 日 (回)		
	対象者	氏名	担当者	事業所
		開始希望日: 年 月 日 ()		希望配食事業者:
	聞き取り相手方	本人・家族 () ・他 ()	家族構成図	
	調理・食料調達が困難な理由			
	介護保険	1 なし 2 申請中 3 あり [非該当・要支援・要介護()]		
	福祉手帳	1 なし 2 あり (身障 級・精神 級・知的 級)		
	現在利用・相談している機関	1 なし { ・高齢者相談センター ・在宅介護支援センター 2 あり { ・居宅介護支援事業所 ・保健センター ・医療機関 ・福祉担当課 ・民生委員 ・その他()		
現在利用しているサービスの状況	1 なし { サービス名、利用頻度: 2 あり {			
経済状況		1 自己負担ができる 2 自己負担ができない 備考 [a 生活保護 b その他()]		
家族	家族構成	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他()		
	親族による支援頻度	1 支援なし 2 月1~2回以下 3 週1回程度 4 週2回以上		
	親族による支援内容	a食事差し入れ b買い物援助	支援者続柄:	
健康状況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名() (頃から)		
		未受診 通院 回/月・週、 往診 回/月・週		
		服薬 1 なし 2 あり	かかりつけ医()	
		医師の指示、療養・保健指導内容()		
	主な既往疾患	1 なし 2 あり (年前) 治療 (有・無) 入院 (有・無) 手術 (有・無)		
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり()		
	視力	1 問題なし 2 問題あり()		
	聴力	1 問題なし 2 問題あり()		
	排泄	1 問題なし 2 問題あり()		
	認知機能	1 問題なし 2 問題あり(認知症:有・無・不明)		
BMI	1 (体重 kg) ÷ (身長 m)の二乗=() ※標準:18.5~25 2 測定不能			
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			
食に関する状況	食生活能力	1 支障なし	摂食 1・2・3() 献立 1・2・3()	
		2 支障はないが困難	買い物 1・2・3() 調理 1・2・3()	
		3 支障あり	配、下膳 1・2・3() ゴミ出し 1・2・3()	
自立意欲	1 問題なし 2 問題あり ()			
一緒に食べる人	A 朝 1 あり 2 なし	B 昼 1 あり 2 なし	C 夕 1 あり 2 なし	
食材・食品入手先	1 なし 2 あり(食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他())			

週間プラン		日	月	火	水	木	金	土	※親族、ヘルパー、 私費配食等、具体的な 介助者も記入、具体的な 「本人」の場合は、 食事内容を具体的に記入
	朝食								
	昼食								
	夕食								
その他 特記事項		<ul style="list-style-type: none"> ・表面に書ききれなかった事項 ・特に注意が必要な事項 ・あらかじめ配食事業者へ伝えておきたい事項 等 							

※週間プランは、原則すべてのマスを埋めてください。