

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 加須 太郎 担当者 ○○ 事業所 ▼▼ケアプランセンター
		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	○○○○(病名)の○○(症状)が悪化し、○○○○や○○○○(日常動作等)に支障が出ているため、 食料調達が困難である。
	介護保険	1 なし 2 申請中 ③あり 〔非該当・要支援・要介護(2)〕
	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 { ②あり { ・高齢者相談センター ・在宅介護支援センター ・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 { ②あり { サービス名、利用頻度: (例) デイサービス (曜日) ヘルパー(曜日)	
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 ⑥ その他((例)収入無し 貯金を切り崩して生活)]	
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	⑥ a食事差し入れ ⑥ b買い物援助 支援者続柄:長男の嫁 ⑥ cその他通り支援(内容:(例)ゴミ出し、部屋の掃除、食材管理も長男の嫁が行っている)
健康状況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名(○○○○○○、○○○○) (●●年前 頃から)
		未受診 ⑥ 通院 ●回/月・週 ⑥ 往診 ●回/月・週
		服薬 1 なし ② あり かかりつけ医(○○医院、○○病院)
		医師の指示、療養・保健指導内: ○○○○○○○○○○○○○○○○○
	主な既往疾患	1 なし ② あり (○○○○○、○○○○○○、○○○○) ●●年前 治療 (有・無) 入院 (有・ ⑥ 無) 手術 (有・ ⑥ 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)=(●●.●●) 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()
	火気管理 1・ ② ・3(○○○○○) 食費管理 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・ ⑥ 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 「本人」の場合も記入 介助者も記入 食事内容を具体的に記入	
	朝食	本人 パン、白飯	→							
	昼食	◎(自費)	◎	◎(自費)	◎	◎(自費)	◎	◎(自費)		
	夕食	家族による 買い置き	→							
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。