

配食サービス 利用者情報・アセスメント

基本事項	対象者	氏名	男・女	
		明・大・昭 年 月 日生	(才)	
		住所		
	聞き取り相手方	本人・家族()・他()		
	申請理由			
	サービス希望回数等	昼食:()回/週 月・火・水・木・金		
		夕食:()回/週 月・火・水・木・金		
介護認定	1. なし 2. 申請中 3. あり 事業対象者/要支援()/要介護()			
障害者手帳	1. なし 2. あり 身体()級/療育()級/精神()級			
家族	家族構成	1. 単身 2. 高齢者世帯		
	食事支援	1. 支援なし 2. 親族等 通い支援/食事差し入れ/買い物支援		
健康状況	現在の疾患名 通院・往診等	疾患名「 」()頃から		
		1. 未受診 2. 通院()回/月・週 3. 往診()回/月・週		
		食事に関する医師の指示 1. なし 2. あり その他の医師の指示()		
	主な既往疾患	1. なし 2. あり(病名)		
	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()		
	計測結果・検査結果	身長:() 体重:() BMI:()		
	6ヶ月間の体重増減	1. 減った 2. 変化なし 3. 増えた		
	その他	1. 閉じこもり 2. うつ傾向である 3. 物忘れが気になる		
	摂食	1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
	買い物	1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
	食生活能力	献立を考える	1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり	
調理		1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
ゴミだし		1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
食費管理		1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
火気管理		1. 支障なし 2. 支障はないが困難 3. 支障あり		
その他		自立意欲	1. 問題なし 2. 問題あり()	
		食事回数	()回/日	
	一緒に食べる人	朝:1. あり 2. なし 昼:1. あり 2. なし 夜:1. あり 2. なし		
	調理・食事設備	1. 十分 2. 不十分()		
	食材・食品入手先	1. なし 2. あり スーパー/コンビニ/宅配/移動販売/その他()		
外出・買い物等の交通手段	1. 徒歩 2. 自転車 3. 自動車 4. バス 5. タクシー 6. その他()			

番号	質問	答え	具体的な内容
1	食べ物でアレルギー症状がでることがある	はい いいえ	
2	歯や口腔、飲み込みに支障がある	はい いいえ	
3	下痢気味である	はい いいえ	
4	便秘気味である	はい いいえ	
5	最近、入院したことがある	はい いいえ	
6	服薬している	はい いいえ	
7	1日に食べるのは2食以下である	はい いいえ	
8	1回に食べる量が減っている	はい いいえ	
9	牛乳、乳製品を食べていない、 食べる量が減っている	はい いいえ	
10	毎日の運動量が減っている	はい いいえ	
11	食べる気力や楽しみが減ってきている	はい いいえ	

※ 「利用予定事業者の注文票」を添付してご提出ください。

面 談 年 月 日 : 年 月 日

居宅介護支援事業所名
または地域包括支援センター名 :

担当ケアマネジャー氏名
または地域包括支援センター担当者名 :

事業所電話番号 :