

宇佐市高齢者等「食」の自立支援事業アセスメント票

基本情報	調査員	調査年月日： _____ 調査員： _____			
		事業所名： _____ 圏域地域包括支援センター			
		聞き取り： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	対象者	氏名： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日： _____ 年齢： _____ 歳		
		住所： _____			
		電話番号： _____			
		申請理由			
	<input type="checkbox"/> 介護認定なし（申請中） <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 ）				
	家族構成 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
	緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先
	①				
	②				
	ケアマネ				
健康状態	疾病名、通院等	疾病名： _____ 主治医： _____ 通院： _____ 回/月 往診： _____ 回/月 服薬： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 医師の指示： <input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 指導内容： _____			
	BMI	BMI： _____ （身長： _____ cm、体重： _____ kg） <input type="checkbox"/> 測定不能			
	体重の増減	（最近6ヶ月の体重） <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた			
	四肢機能	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考（ _____ ）			
	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考（ _____ ）			
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考（ _____ ）			
	認知症・精神疾患	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり 備考（ _____ ）			

食に関する状況	食生活能力	①支障なし ②支障はないが困難 ③支障あり ④その他				
		摂食：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )
		献立：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )
		買い物：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )
		調理：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )
		配膳・下膳：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )
	火気管理：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )	
	食費管理：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④ ( )	
	水分摂取量	コップ： 杯/日				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	食事回数	回/日 <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食				
	主な食事の内容	<input type="checkbox"/> 自炊 <input type="checkbox"/> 即席・冷凍食品 <input type="checkbox"/> 惣菜・弁当 <input type="checkbox"/> 外食				
	自立意欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> その他 ( )				
利用中のサービス			サービス1	サービス2	サービス3	
	サービス名					
	曜日・時間帯					
配食の必要性	<input type="checkbox"/> 栄養状態が悪く、栄養管理・改善が必要					
	<input type="checkbox"/> 単身又は高齢者のみ世帯のため、定期的な見守り、安否確認が必要					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
調査者所見(特記事項)及び配達時注意事項						