

配食サービス事業 状況調査票（アセスメント）

氏名		生年月日	T・S 年 月 日	被保険者番号	
回答日	年 月 日	回答者		申請状況	新規 ・ 継続

基本情報	介護認定・福祉手帳の有無	1 なし 2 あり [事業対象者・要支援()・要介護()]・申請中 福祉手帳()	
	現在相談している機関	1 なし 2 あり ※ありの場合は↓選択してください ① 地域包括支援センター（せと・やすらぎ・ふたば・中央東・水野・はたやま・しなの） ② 居宅介護支援事業所（事業所名： ） ③ 保健所 ④ 民生委員 ⑤ その他（ ）	
	食事支援	1 なし 2 あり ①支援者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ） ②支援内容 <input type="checkbox"/> 食事差し入れ <input type="checkbox"/> 買い物援助 <input type="checkbox"/> 通い支援 ③支援頻度（ ）回/週	

身体状況・健康状況	BMI	体重（ kg） 身長（ cm） BMI（ ）（体重kg÷身長m÷身長m）	
	過去6か月の体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少があった： 1 なし 2 あり	
	疾患名（現時点）	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患（透析 なし・あり） <input type="checkbox"/> 心疾患・脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 筋・骨格（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	食事に対する指示	1 なし 2 あり <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> エネルギー調整食 <input type="checkbox"/> 低たんぱく質食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	食物アレルギー	1 なし 2 あり（食品名： ）	
	摂食嚥下機能	1 固いものが食べにくくなった： 1 いいえ 2 はい 2 口の渇きが気になる： 1 いいえ 2 はい 3 お茶や汁物等でむせることがある： 1 いいえ 2 はい	
食に関する状況	食欲の程度	1ある 2ふつう 3ない	
	食事内容	1 朝食 <input type="checkbox"/> 自分で調理したもの <input type="checkbox"/> 買ってきたもの等 <input type="checkbox"/> 食べていない 2 昼食 <input type="checkbox"/> 自分で調理したもの <input type="checkbox"/> 買ってきたもの等 <input type="checkbox"/> 食べていない 3 夕食 <input type="checkbox"/> 自分で調理したもの <input type="checkbox"/> 買ってきたもの等 <input type="checkbox"/> 食べていない	
	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事	1 食べている 2 食べていない	
	食生活能力	1 買い物 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難を感じる <input type="checkbox"/> 支障あり 2 調理 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難を感じる <input type="checkbox"/> 支障あり 3 火気管理 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障はないが困難を感じる <input type="checkbox"/> 支障あり	

瀬戸市配食サービス事業実施要綱第一条に基づき、瀬戸市で実施する介護予防教室等の案内の送付に同意します。 同意する

介護サービス デーデイサービス ホーホームヘルプサービス	月	火	水	木	金	土	日

※介護サービス利用のため外出し、直接手渡しでお弁当が受け取れない場合は利用できません。

サービス利用（変更）可否	可	否
--------------	---	---

※太枠は受付職員が記入