

初 回 ・ 変 更

普通食 ・ 特別食

配食サービス アセスメント・意見書

利用者		記入日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

基本事項	聞き取り相手	本人 ・ 家族 () ・ その他 ()			
	家族状況	1 独居 2 高齢者のみ 3 日中不在 4 その他 ()			
	経済状況	1 国民年金 2 厚生年金 3 障害者年金 4 生活保護 5 その他			
	疾患名等				
	要支援・要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業該当者 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級：身体・療育・精神)			
	介護保険等 利用サービス				
	かかりつけ医	1 なし 2 あり ()			
身体機能・健康状態	BMI (体格指数)	1 (体重_____kg) ÷ (身長_____m) = (_____) やせ：18.5未満 標準：18.5~25未満 肥満：25~30未満 高肥満：30以上			
	食物アレルギー	1 なし 2 あり (アレルゲン：_____)			
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)			
	視 力	1 なし 2 少し見えにくい 3 見えにくい 4 見えない			
	聴 力	1 なし 2 少し遠い 3 補聴器使用 4 聞こえない			
	摂食・嚥下	口への取り込み	1 問題なし 2 問題あり (状況：_____)		
		咀嚼・嚥下	1 問題なし 2 問題あり (状況：_____)		
食事摂取・食事調達状況	食事状況	朝 食	1 食べる 2 不規則 3 食べない		
		昼 食	1 食べる 2 不規則 3 食べない		
		夕 食	1 食べる 2 不規則 3 食べない		
	配食サービス利用	1 なし 2 あり (回/週 提供機関：_____)			
	自分で調理	1 (ほぼ) 毎食 2 一部 3 (ほとんど) なし			
	調理済み食品の購入	1 (ほぼ) 毎食 2 一部 3 (ほとんど) なし			
	親族・知人等が用意	1 (ほぼ) 毎食 2 一部 3 (ほとんど) なし			
	買 い 物	1 できる 2 できない (している人_____)			

