

配食サービスアセスメント票

| | | | | | |
|-----------|--|--|---|-----------------------------------|--|
| 作成日 | | | | アセスメント実施者 | (事業所名) |
| 対象者 | フリガナ氏名 | | | | 電話 () |
| | 生年月日 | 歳 | | | (担当者名) |
| 介護者の有無 | | <input type="checkbox"/> 家族・親族 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし | | | |
| 身体・健康状態 | 四肢の機能 | 上肢 | <input type="checkbox"/> 困難なし | <input type="checkbox"/> 困難あり () | |
| | | 下肢 | <input type="checkbox"/> 困難なし | <input type="checkbox"/> 困難あり () | |
| | 視力障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (状況) | | |
| | 咀嚼・嚥下障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (状況) | | |
| | 精神的状態による困難 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (具体的に) | | |
| | 現在の主な傷病等 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (疾病名) | | |
| | 治療食の必要性 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり → ※治療食を希望する場合は「治療食調査票」を添付 | | |
| | 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (アレルゲン:) | | |
| 食生活 | 食事回数 | (回 / 日) <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (理由) | | | |
| | 外食・調理済食品の利用 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 一部分 | <input type="checkbox"/> ほとんど全部 | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 軟食 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 食関連能力 | 生活能力 | 買物 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> やらない (具体的に) |
| | | 食費管理 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> やらない (具体的に) |
| | | 献立作成 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> やらない (具体的に) |
| | | 食品管理 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> やらない (具体的に) |
| | 調理能力 | 調理・片付け | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> やらない (具体的に) |
| | | 自ら調理の希望 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 食の楽しみ・関心 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 食事の支援 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (支援者:) (食事提供・買物支援など具体的に:) | | | |
| 配食の必要性等 | <input type="checkbox"/> 心身の状況により日常の食事づくりが困難であり、配食が必要 <input type="checkbox"/> 栄養状態が極端に悪く、健康維持が困難なため、当面の配食が必要 <input type="checkbox"/> その他 () ※食事づくりが困難な状況を具体的に記入してください。 | | | | |
| 特記事項・コメント | | | | | |

1 現在の食サービスの内容

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 朝食 | | | | | | | |
| 昼食 | | | | | | | |
| 夕食 | | | | | | | |

※家族等の支援、ヘルパーによる支援、市の配食、他の配食、外食、調理済食品、欠食等を記入する。

2 調整後の食サービス決定週間プラン

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 朝食 | | | | | | | |
| 昼食 | | | | | | | |
| 夕食 | | | | | | | |

※家族等の支援、ヘルパーによる支援、市の配食、他の配食、外食、調理済食品、欠食等を記入する。

調整した理由

3 その他

利用調整シート