

「食」の自立支援事業 アセスメント票

基本事項	相談年月日	平成 年 月 日(第 回)	担当者( ) 所属( )
	対象者	氏名【 】男・女(M・T・S 年 月 日生 歳)	
		住所 肝付町 番地 電話 - 振興会 ( )	
	聞き取り相手方	本人・家族( )・他( )	家族構成図
	申請内容・理由 (詳しく)		
	介護認定の申請	1 なし 2 申請中 3 あり〔非該当・要支援・要介護( )〕	
	福祉手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)	
	現在、利用・相談している機関	1 なし 2 あり { 地域型在宅介護支援センター(花神荘・老春苑・ ) 保健福祉課・民生委員・保健所・居宅介護支援事業所 医療機関( )・その他( ) }	
	現在、利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり { サービス名、利用頻度 }	
	経済状況	1 自己負担ができる 2 自己負担ができない 備考〔a 生活保護 b その他( )〕	
家族・親族等の状況	家族構成(同居)	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他( )	
	家族状況(同居)	1 日中不在( ) 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし	
	食事支援	1 同居家族 2 親族(a 通い支援 b 食事差し入れ c 買い物援助) 3 支援なし	
	特記事項		
	近隣の家族・親族等		
	1 申請者の家と	{ 同敷地内 すぐ近く( m) } に { 家族( ) ( ) 親族( ) } がいる。	
	2 上記以外の町内に	{ 家族( ) ( ) 親族( ) } がいる。	
	3 町内には家族・親族はいない。		
緊急時の連絡先			
	・氏名 ( ) ・対象者との続柄 ( ) ・住所 ( ) ・電話 ( - - )		

A 本人に 内在する 問題・食の 自立性	<b>A1 身体機能・疾患による困難</b>		
	現在の疾患名、 通院・往診等		疾患名( ) ( 頃から ) 未受診、 通院 回/月・週、 往診 回/月・週 かかりつけ医( ) 医師の指示、療養・保健指導内容( )
	服薬状況		1 なし 2 4種類以下/日の服薬あり 3 5種類以上/日の服薬あり
	主な既往疾患		1 なし 2 あり( ) ( 頃から ) 治療 ( 有・無 ) 入院 ( 有・無 ) 手術 ( 有・無 )
	食物アレルギー		1 なし 2 あり (アレルギー: )
	治療食・配慮食を 要する食事の必要		1 なし 2 あり (指示内容: ) (疾病名: )
	BMI (体格指数)		1 (体重_____kg) ÷ (身長_____m) = ( ) 2 測定不能 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
	6ヶ月以内に5%以上 の体重減少		1 なし 2 あり(約_____kg) 3 不明
	体重の増加		1 なし 2 あり(約_____kg) 3 不明
	食の自立 に影響する 四肢機能 障害	上肢の状態	1 困難なし 2 困難あり(麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他は特記 )
		下肢の状態	1 困難なし 2 困難あり(麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他は特記 )
	視力障害		1 なし 2 あり(買い物・調理・摂食・その他 )
	聴力障害		1 なし 2 あり(買い物・調理・摂食・その他 )
	摂食・嚥 下動作	口への取り込み	1 問題なし 2 問題あり(状況: )
		咀嚼	1 問題なし 2 問題あり(状況: )
		嚥下	1 問題なし 2 問題あり(状況: )
	食欲		1 普通 2 問題あり(理由: )
	食事回数		_____回/日(朝食が抜ける場合は起床時間 _____時頃)
	低栄養		1 なし 2 あり(具体的に )
	排泄	便秘気味	1 なし 2 あり _____回/週、下剤は何を( ) _____回/週
		下痢気味	1 なし 2 あり _____回/週
	水分摂取		1 足りている 2 足りていない(具体的に: )
	<b>A2 精神機能・知能障害による困難</b>		
	仰うつ状態		1 なし 2 あり(具体的に: )
	閉じこもり状態		1 なし 2 あり(具体的に: )
	不安傾向		1 なし 2 あり(具体的に: )
	依存傾向		1 なし 2 あり(具体的に: )
	痴呆		1 なし 2 あり(具体的に: )
	知的障害		1 なし 2 あり(具体的に: )
	<b>A3 嗜好・嗜癖・習慣・食生活状況</b>		
食資源	外食利用	1 なし 2 あり(_____回/週・月、種類:a和食 b洋食 c中華 dうどん、そば等)	
	配食サービス	1 なし 2 あり(_____回/週、提供機関:公・私 )	
いつもの 食事内容	朝食	1 食べない 2 食べる(内容: )	
	昼食	1 食べない 2 食べる(内容: )	
	夕食	1 食べない 2 食べる(内容: )	
	間食	1 食べない 2 食べる(内容: )	

A 本人に内在する問題・食の自立性	<b>A3 嗜好・嗜癖・習慣・食生活状況</b>				
	嗜好・食行動	食事時期	1 規則正しい 2 不規則(理由: )		
		食形態	1 普通 2 工夫が必要(刻み・ペース状・ピューレ状・ゼリー状・その他 )		
		一緒に食べる人( )に 選択番号	朝( ) 昼( ) 夕( )	選択肢: 1 孤食、2 家族、3 親族、4 知人	
		嗜癖	A 飲酒 1 問題あり 2 問題なし	B 喫煙: 1 あり 2 なし	
	<b>A4 食に関する意欲の低下(生活後退)</b>		1 なし 2 あり( )		
	<b>A5 食に関する知識・技能など生活能力</b>				
	生活能力	買い物	1 できる 2 できない 3 やらない(a知識 b技能 c意欲 が欠ける)		
		食費管理	1 できる 2 できない 3 やらない(a知識 b技能 c意欲 が欠ける)		
		献立作成	1 できる 2 できない 3 やらない(a知識 b技能 c意欲 が欠ける)		
調理済み食品利用		1 なし 2 一部分 3 ほとんど全て			
調理能力		調理	1 できる 2 できない(している人: )		
	片付け	1 できる 2 できない(している人: )			
<b>A6 食と援助とサービスを使いこなす力</b>		1 あり 2 なし( )			
B 介護者の問題	<b>B1 介護者の食事の知識・技能・意欲</b>				
	食知識		1 十分 2 不十分(具体的に: )		
	調理技能		1 十分 2 不十分(具体的に: )		
	調理意欲		1 十分 2 不十分(具体的に: )		
	<b>B2 家族とのコミュニケーション</b>		1 良い 2 悪い(具体的に: )		
	<b>B3 介護者の状況</b>				
	身体機能・状態		1 問題なし 2 問題あり(具体的に: )		
生活状況		1 問題なし 2 問題あり(具体的に: )			
介護負担		1 重い( ) 2 中位( ) 3 少し			
C 食事関連生活手段	<b>C1 家計・食費</b>				
	食費		1 十分 2 不十分(理由: )		
	<b>C2 住居・調理設備・食事環境の問題</b>				
	調理設備	熱源	1 十分 2 不十分(具体的に: )		
		台所	1 使用しやすい 2 使用しにくい(具体的に: )		
	食事場所		1 食堂 2 居間 3 寝室 4 その他( )		
	調理機器		1 十分 2 不十分(具体的に: )		
	衛生状態		1 良い 2 悪い(具体的に: )		
	<b>C3 外出・買い物などの交通手段</b>				
	交通手段		歩行・自転車・電車・バス・タクシー・その他( )		
D 地域資源	<b>D1 孤立状況</b>		1 問題なし 2 問題あり(具体的に: )		
	<b>D2 食に関する地域資源</b>		1 問題なし 2 問題あり(具体的に: )		
	<b>D3 家族・社会のイフォーマルな地域関係</b>		1 問題なし 2 問題あり(具体的に: )		

利用意向	訪問系サービス				
	生活支援ホームヘルプ	【可能	・困難	( )	】
	生活管理指導員派遣事業—				
	訪問指導	【可能	・困難	( )	】
	その他( )	【可能	・困難	( )	】
	( )	【可能	・困難	( )	】
	通所系サービス				
	生きがい対応型デイサービス	【可能	・困難	( )	】
	IADL 訓練事業	【可能	・困難	( )	】
	その他( )	【可能	・困難	( )	】
( )	【可能	・困難	( )	】	
特記事項					

以下は緊急性の高い場合の申請時のみ、必ず記入して下さい。

健康状況	在の疾患名、通院・往診等	疾患名( ) ( 頃から ) 未受診 ・ 通院 回 / 月・週、 往診 回 / 月・週				
	服薬状況	1 なし 2 4種類以下 / 日の服薬あり 3 5種類以上 / 日の服薬あり かかりつけ医( )				
		医師の指示、療養・保健指導内容( )				
	主な既往疾患	1 なし 2 あり( _____ 年前) 治療( 有・無 ) 入院( 有・無 ) 手術( 有・無 )				
	BMI	1 ( 体重 kg ) ÷ ( 身長 m ) = ( ) 2 測定不能				
	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( )				
	排出	1 問題なし 2 問題あり( )				
	最近6ヶ月の体重の増減	1 問題なし 2 変化なし 3 増えた( kg )				
食に関する状況	食生活能力	1 支障なし	摂食 1・2・3 ( )		献立 1・2・3 ( )	
		2 支障はないが困難	買い物 1・2・3 ( )		調理 1・2・3 ( )	
			配、下膳 1・2・3 ( )		ゴミ出し 1・2・3 ( )	
	3 支障あり	火気管理 1・2・3 ( )		食費管理 1・2・3 ( )		
	自立意欲	1 問題なし 2 問題あり( )				
食事回数	回 / 日 ( 外食の頻度 回 / 週 )					
一緒に食べる人	A 朝 1 あり 2 なし		B 昼 1 あり 2 なし		C 夕 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( 食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他( ) )					
特記事項・コメント						
配食サービスを希望する期間						
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						