様式第１号(第５条関係)

見守り配食サービス事業アセスメント表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本事項 | | 記入年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 対象者 | | 氏名 |  | 住所 | 南砺市 | |
| 生年月日 | M・T・S　年　 月　 日生 | | | |
| 聞き取り相手方 | | 本人・家族(　　　　　)・他(　　　　　) | | | | |
| 介護認定申請 | | 事業対象者・要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ | | | | |
| 福祉手帳 | | ①なし　　②あり(身体障害者手帳　　　級　　療育手帳  精神保健福祉手帳　　級) | | | | |
| 身体状況 | | 四肢機能 | | ①問題なし  ②問題あり(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 視力 | | ①問題なし  ②問題あり(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 食生活能力 | | 買い物 | | 1　支障なし　2　支障はないが困難　3　支障あり  2・3を選択した場合　→　買物が困難な理由（具体的に） | | | | |
| 調　理 | | 1　支障なし　2　支障はないが困難　3　支障あり  2・3を選択した場合　→　調理が困難な理由（具体的に） | | | | |
| 献　立 | | 1　支障なし　2　支障はないが困難　3　支障あり  2・3を選択した場合　→　献立が困難な理由（具体的に） | | | | |
| 特記事項 | | | |  | | | | |
| 同居家族 | | 氏　名　　　　　　　　　　　　　（　　　歳）　　続柄 | | | | | | |
| 介護認定申請 | | 事業対象者・要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ | | | | |
| 福祉手帳 | | 身体障害者手帳　　　級　療育手帳　　　精神保健福祉手帳　　級 | | | | |
| 疾病 | | 疾病名  ＊疾病による身体状況： | | | | |
| 調理・買物できない理由  □上記疾病のため　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　（　　　歳）　　続柄 | | | | | | |
| 介護認定申請 | | 事業対象者・要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ | | | | |
| 福祉手帳 | | 身体障害者手帳　　　級　療育手帳　　　精神保健福祉手帳　　級 | | | | |
| 疾病 | | 疾病名  ＊疾病による身体状況： | | | | |
| 調理・買物できない理由  □上記疾病のため　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 別居家族 | | □調理・買い物の支援なし  □調理・買い物の支援あり（生活援助日　月・火・水・木・金・土・日） | | | | | | |

介護保険利用状況等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険 | | | 通所サービス（食事の提供あり） | | | | | | □なし　□あり（週　　回）→利用時間帯に▲を記入 | | | | | |
| 生活援助（調理・買物） | | | | | | □なし　□あり（週　　回）→利用時間帯に△を記入 | | | | | |
| 家族支援 | | | 家族の調理・買物支援 | | | | | | □なし　□あり　→利用時間帯に〇を記入 | | | | | |
| ボランティアや民間業者による調理・買物の支援 | | | | | | □なし　□あり　→利用時間帯に□を記入 | | | | | |
|  | | | 決定週間プラン(本人・家族・親族・私費配食等も記入する。) | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | 日 | 月 | | 火 | | 水 | 木 | 金 | 土 |  | |
| 朝食 | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 昼食 | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 夕食 | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者  （介護支援専門員又は  地域包括支援センター） | | | | | | 事業所名：  連 絡 先：  氏　　名： | | | | | | | | |