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： |