

◆配食サービス（普通食）アセスメントシート（※基本情報及びケアプランを併せてご提出ください）

基本情報	記入年月日・記入者名		年 月 日 ( ) 担当 ( )			
	利用者	ふりがな		性別	男 ・ 女	◆ジェノグラム
		氏名		生年月日	年 月 日	
		住所	〒 甲州市			
		電話番号				
		住まい	1.持ち家 2.借家 3.アパート 4.公営住宅 5.その他 ( )			
	申請内容・理由 ・低栄養のリスク ・買物調理の困難 ・定期的安否確認 の必要性等					
	介護認定状況		<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	担当ケアマネジャー		担当者名 ( ) 事業所名 ( )			
	現在利用しているサービス（介護保険外）		1.緊急通報システム（ふれあいペンダント） 2.テレホンサービス 3.その他 ( )			
健康状態	現在の疾患名・通院等		疾患名 ( )			
			未受診・通院 回/月・週 主治医 ( )			
			服薬 1.あり（主な服薬内容： )			
健康状態等に関する特記事項・コメント		(現在の疾患に関する医師からの指示や入院歴等)				
栄養	最近6カ月の体重の増加	1.変化なし 2.増えた ( ) kg 3.減った ( ) kg				
	BMI	現在の身長 ( ) cm 体重 ( ) kg BMI ( )				
食物アレルギー		1.なし 2.あり（具体的に： ) 3.その他 ( )				
食欲		1.あり 2.低下がみられる 3.ない 4.その他 ( )				
食事支援		1.あり 2.なし				
1に該当する方		朝食（誰がどのように： )				
具体的な食事支援		昼食 ( )				
		夕食 ( )				

食 関 連 動 作	1.自立	調理（1・2・3・4） レンジ使用（1・2・3・4）
	2.部分介助	配膳・下膳（1・2・3・4） 献立（1・2・3・4）
	3.全介助	買物（1・2・3・4） 食費管理（1・2・3・4）
	4.していない	火の管理（1・2・3・4） ゴミ出し（1・2・3・4）
食材・食品入手		1.自分で 2.家族・親族 3.友人 4.近所の方 5.ヘルパー 6.その他（
1 該当者 買物のなどの交通手段		1.歩行 2.自転車 3.自家用車 4.バス 5.タクシー 6.その他（ ）
食材・食品入手先		1.スーパー 2.コンビニ 3.生協 4.移動販売 5.その他（
特記事項・コメント		

※基本情報及びケアプランを併せてご提出ください。