

様式第2号

配食サービスアセスメント票

□初回 ・ □ 回目 (年 月 日) 聞き取り者 ()

対象者	フリガナ		□男□女	生年月日	□M □T □S 年 月 日 (才)
	氏 名				
	住 所	泉大津市		電話番号	

①緊急連絡先	氏名	()	②緊急連絡先	氏名	()
	住所			住所	
	電話			電話	

家族との交流		家族構成図 ○=女性 □=男性 ●・■=死亡 ※同居は点線で囲む	
民生委員との かわり	□あり (民生委員) □なし		

介 護 保 険	□未申請 □申請中 □非該当 □要支援 () □要介護 () □未利用 事業者名 () ケアマネジャー名 ()
---------	---

現在利用しているサービスの利用状況	サービス名、機関名	備考 (利用頻度)	サービス名、機関名	備考 (利用頻度)

健康状況	病歴	現在の受診状況	病名	医療機関	方法	回数
					□通院□往診□内服のみ□リハビリ	/週 /月
					□通院□往診□内服のみ□リハビリ	/週 /月
					□通院□往診□内服のみ□リハビリ	/週 /月
					□通院□往診□内服のみ□リハビリ	/週 /月
	1. 四肢機能	□問題なし □問題あり 備考 ()				
	2. 視力	□普通 □弱視 □全盲 備考 ()				
	3. 聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 備考 ()				

栄養状態	身長 (c m) 体重 (k g) BMI ()	
	6ヶ月間で2～3 k g以上の体重減少はありますか	□はい □いいえ
口腔状態	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	□はい □いいえ
	お茶や汁物等でむせることがありますか	□はい □いいえ
	口の渇きが気になりますか	□はい □いいえ

食に関する状況	食生活能力	1. 摂食	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		2. 買い物	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		3. 配、下膳	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		4. 火気管理	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		5. 献立	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		6. 調理	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		7. ゴミだし	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
		8. 食費管理	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()
	自立意欲	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()	
	食事回数	□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()	
調理食事準備		□支障はなし □支障はないが困難を感じる □支障あり 備考 ()	

特記事項、コメント (理解能力、コミュニケーション能力なども記入)	
初回面談時の連絡先 立会いの必要な人	