

(別記第2号様式)

食の自立アセスメント票

基 本	相談年月日	年 月 日 担当者 ()		
	対象者	氏名	男・女 (M・T・S 年 月 日生 歳)	
		住所	電話	
	聞き取り相手方	本人・家族 ()・他 ()	家族構成図	
事 項	申請内容・理由			
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 3 あり (非該当・事業対象者・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	{ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・ 社会福祉協議会・医療機関・民生委員・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	家族構成	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	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		
健 康	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		
		服薬 1 なし 2 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)			
状 況	BMI	1 体重 () kg ÷ 身長 (() m × () 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 ()		
	排泄	1 問題なし 2 問題あり ()		
	最近6ヶ月の体重増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた		
	食 に 関 す る 状 況	食生活能力	1 支障ない	摂取 1・2・3 () 献立 1・2・3 ()
2 支障はないが困難			買物 1・2・3 () 調理 1・2・3 ()	
3 支障あり			ゴミ出し 1・2・3 () 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・その他 ()			
※総合判断	1 承認 2 継続承認 3 調整後承認 4 二次アセス 5 他サービスへ 6 不承認			
特記事項・コメント				

注「総合判断」欄は、記入しないでください。