

札幌市高齢者配食サービス アセスメント票A

作成年月日	令和 年 月 日	アセスメント実施者	(事業所名)																																
対象者氏名	氏名 男・女		電話	-																															
	(生年月日: 年 月 日生 歳)		(担当者名)																																
介護者の有無	1 家族・親族 (具体的に: ) 2 その他( ) 3 特になし																																		
健康状態	主な傷病等	1 なし 2 あり( )																																	
	食物アレルギー	1 なし 2 あり(アレルゲン: )																																	
	治療食・配慮食を要する食事の必要	1 なし 2 あり(指示内容: ) (疾病名: )																																	
	日常生活動作(ADL)	1 介助不要 2 介助を要する( 歩行・移乗・排泄・食事・入浴・着脱衣 )																																	
食生活	外食利用	1 なし 2 あり ( 回/週・月)																																	
	配食サービス	1 なし 2 あり( 回/週, 提供機関:公・私 )																																	
	通常の食事回数	朝(1食べる 2食べない) 昼(1食べる 2食べない) 夕(1食べる 2食べない)																																	
	一緒に食べる人	朝( ) 昼( ) 夕( ) 選択肢: 1 孤食, 2 家族, 3 親族, 4 知人																																	
食関連能力	生活能力	調理・片付け	1 問題ない 2 いくらか困難 3 非常に困難																																
		食費管理	1 問題ない 2 いくらか困難 3 非常に困難																																
		買物	1 問題ない 2 いくらか困難 3 非常に困難																																
	介護者の食事の支援	1 なし 2 あり(食事提供・買物支援など具体的に)																																	
配食の必要性等	1 (老衰・心身の障がい・傷病等)の状況により日常の調理が困難であり、配食が必要 2 栄養状態が極端に悪く、健康維持が困難なため、当面の配食が必要 3 その他( ) ※日常的に食事調理が困難な状況を具体的に記入してください																																		
特記事項・コメント	ケース検討を 要する ・ 要しない ※区役所で引き続き個別検討する必要性について○をつける  書ききれない場合は、裏面または別紙に記載してください。																																		
配食を必要とする曜日 (一週間の食事プラン)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>朝食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				日	月	火	水	木	金	土	朝食								昼食								夕食							
	日	月	火	水	木	金	土																												
朝食																																			
昼食																																			
夕食																																			

※区役所記入欄

総合判断	1 承認	2 継続承認	3 調整後承認	4 不承認	5 辞退
------	------	--------	---------	-------	------

※「配食の必要性等」の欄については、当アセスメントの他、居宅介護サービス計画・介護予防サービス・支援計画作成時のアセスメント等の情報を参考としてください。なお、食関連サービスの利用調整については、既存の計画に反映させてください。