

別記第2号様式（第5条関係）

食の自立アセスメント票

基 本 事 項	相 談 年 月 日		年 月 日 担当者（ ）		
	対 象 者		氏 名 男・女 （ 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
	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・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・居宅介護支援センター・ふれあいセンター・ 医療機関・福祉担当課・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食事差入れ c買物援助) 3 支援なし		
健 康 状 況	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）		
	B M I		1 体重 (Kg)÷身長 (m) ² ＝（ ） 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ヵ月の体重の増減		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	配、下膳 1・2・3（ ） ごみ出し 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 タ 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・移動販売・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／辞退			
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。