

## 十日町市食の自立支援事業アセスメント票

### 基本情報

作成日				アセスメント実施者	(事業所名)
対象者	フリガナ				(担当)
	氏名				(電話)
	生年月日		歳		

### 家族等状況

家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
近くに親族	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (市町村名 ) (続柄 )			
別居家族の有無	<input type="checkbox"/> 交流なし <input type="checkbox"/> 交流あり <input type="checkbox"/> 家族なし			
※交流ありの場合	→	<input type="checkbox"/> 通い支援 <input type="checkbox"/> 食事の差し入れ <input type="checkbox"/> 買い物支援 <input type="checkbox"/> 支援なし		
支援状況	支援者①	氏名	(年齢: ) (続柄: )	
		支援内容	(頻度: )	
	支援者②	氏名	(年齢: ) (続柄: )	
		支援内容	(頻度: )	

### 身体・健康状態

日常生活自立度	障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
介護度	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5	
現在の疾患名、通院・往診等	(疾患名) (時期) 頃から <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 通院 回/月・週 <input type="checkbox"/> 往診 回/月・週	
四肢機能	上肢	<input type="checkbox"/> 困難なし <input type="checkbox"/> 困難あり ( )
	下肢	<input type="checkbox"/> 困難なし <input type="checkbox"/> 困難あり ( )
視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (状況: )	
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (状況: )	
咀嚼・嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (状況: )	
精神的状態による困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に )	
現在の主な傷病等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾病名: )	
治療食の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→※治療食の必要性ありの場合、本サービスは対応していません	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (アレルゲン: )	
認知機能	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に )	
BMI ※標準 18.5~25	<input type="checkbox"/> (体重 kg) ÷ (身長 cm) の2乗 = ( ) <input type="checkbox"/> 測定不能	
最近6か月の体重増減	<input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた	

### 現行の食生活

食事回数	( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (理由 )							
食事の確保状況	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	朝食							
	昼食							
	夕食							

※家族等の支援、ヘルパーによる支援、外食、調理済食品、欠食等を記入する。

**食に関する状況**

食 材 の 確 保	外出の頻度	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (週 回 / 日・週・月) または 不定期	
	可能な移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	買 い 物 に 関 す る	出かける準備	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		店までの移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
	可 能 な 動 作	食材の選定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		レジでの支払い	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		荷物を持つ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		宅配等の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
	食材・食品の入手方法 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> スーパー <input type="checkbox"/> コンビニ <input type="checkbox"/> 食品店 <input type="checkbox"/> 宅配等 <input type="checkbox"/> 家族等に依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	食費管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )	
食品管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )		
【必須記載】 支障がある具体的な理由			
調 理 能 力	献立作成	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )	
	※できる場合 →	<input type="checkbox"/> 献立を考える <input type="checkbox"/> 食材を切る <input type="checkbox"/> 火の管理 <input type="checkbox"/> 食材の調理	
	調 理 に 関 す る 可 能 な 動 作	材料の準備	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		包丁で切る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		食材の調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		レトルトの調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
		火を止める	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )
	ご飯を炊く	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )	
	片付け	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> やらない (具体的に )	
	【必須記載】 支障がある具体的な理由		

**配食の必要性等**

- 心身の状況により日常の食事づくりが困難であり、配食が必要
- 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
- その他 ( )

※食事づくり等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**