

アセスメント票

記入日 年 月 日

基本事項	記入者	所属・関係 氏名																		
	対象者	氏名	聞き取り相手方	本人・家族()・他()																
	申請内容・理由					家族構成図														
	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・藤井寺保健所 医療機関・福祉担当課・民生委員 その他()																		
家族	現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり { <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					月	火	水	木	金	土	日							
	月	火	水	木	金	土	日													
家族構成	1 単身 2 高齢者のみ世帯 3 重度障害者のみ世帯 4 その他()																			
健康状況	同居者ありの場合	1 日中不在() 2 在宅で交流あり 3 在宅で交流なし																		
	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 買物援助) 3 支援なし																		
	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)																		
食に関する状況	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()																		
	最近6ヶ月の体重	1 減った 2 変化なし 3 増えた()																		
	食生活能力 (2か3の場合理由記入)	1 支障なし	摂食 1・2・3()																	
		2 支障はないが困難	買物 1・2・3()																	
			配、下膳 1・2・3()																	
		3 支障あり いずれか選択	火気管理 1・2・3()																	
			献立 1・2・3()																	
			調理 1・2・3()																	
ゴミ出し 1・2・3()																				
食費管理 1・2・3()																				
食事回数	回/日 (外食の頻度 回/日)																			
一緒に食べる人	朝 1 あり 2 なし	昼 1 あり 2 なし	夜 1 あり 2 なし																	
調理・食事設備	1 十分 2 不十分()																			
給食サービス以外の食料入手方法	1 調理(本人・家族・ヘルパー・その他) 2 スーパー等で購入 3 外食 4 民間の宅配弁当利用 5 デイサービス 6 その他() ※複数回答可																			
特記事項・コメント	給食サービスの必要性があります。松原市社会福祉協議会()																			