

ひとり暮らし高齢者等「食」の自立支援事業アセスメント票

記入年月日	年 月 日			
担当者	地域包括支援センター（北部・中部・南部・大井川）		氏名	
			連絡先	
	指定居宅介護支援事業所（ ）		氏名	
			連絡先	
申請者		生年月日	年 月 日（ 歳）	
申請理由				
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 その他（ヘルパー・その他 ） 4 支援なし			
BMI（肥満度）	1 （体重 kg）÷（身長 1. m） ² = _____ 2 測定不能			
最近6月の体重の増減	1 変化なし 2 増えた 3 減った （ ） kg			
食に関する状況	食生活能力	1:支障なし 2:支障はないが困難 3:支障あり	摂食 1. 2. 3 () 献立 1. 2. 3 () 買い物 1. 2. 3 () 調理 1. 2. 3 () 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	朝 1あり 2なし	昼 1あり 2なし	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・移動販売・その他 ）		
高機能食	嚥下・咀嚼機能の低下	機能の向上の必要 1なし 2あり（ ）		
	糖尿病やカロリー制限	特別の栄養改善の必要 1なし 2あり（ ）		
総合判断 (<u>担当者が記入してください。</u>)		1 上記アセスメントの結果、申請者は「食」を通して生活の改善と健康の増進を図ることを目的とした配食サービス（安否確認を含む）の利用が必要である。 （ 普通食承認 ・ 高機能食承認【カロリー調整・低たんぱく・柔らか、ムース】 ） 2 上記アセスメントの結果、申請者は「食」を通して生活の改善と健康の増進を図ることを目的とした配食サービス（安否確認を含む）の利用は必要ないため承認しない。 3 上記アセスメントの結果、申請者は「食」を通して生活の改善と健康の増進を図ることを目的とした配食サービス（安否確認を含む）の利用には適さないため他のサービスを検討する。		
特記事項				

※（ ）内は、具体的にご記入ください。

<添付書類>

①要介護（要支援）の認定を受けていない者…この票のみ

②要介護（要支援）認定者…この票と食関連サービスが反映された『ケアプラン』（又は『介護予防ケアプラン』）の写し