

軽米町「食」の自立支援事業アセスメント票

氏名				記載日	年 月 日	
食事の支援		1あり（ a 通い支援 b 食事差入れ c 買物援助 ）				2 なし
健康状態	主な傷病等	1 なし	2 あり（ ）			
	四肢機能(麻痺等)	1問題なし	2右上肢 3右下肢 4左上肢 5左下肢 6その他（ ）			
	認知症	1問題ない	2 少しあり 3 問題あり			
	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 ： ）			
食生活	外食利用	1あり（ 回 / 週・月 ）				2 なし
	配食サービス利用	1あり 提供機関 公 ・ 私（ ）以前利用していた				2 なし（ 回 / 週 ）
	通常の食事回数	朝 1 食べる 昼 1 食べる 夕 1 食べる 2 食べない（ ）食 / 日 ◇食べない理由 2 食べない（ ）				
食事に関する状況	副食の調理・片づけ	1問題ない 2 いづらか困難 3 非常に困難				
	買い物	1問題ない 2 いづらか困難 3 非常に困難				
	食材・食品入手先	1自分でできる（ a スーパー b コンビニ c 生協 d その他（ ） ） 2 自分でできない				
	食事の形態	1 普通食 2 糖尿食 カロリー制限（ kcal/日 ） 3 減塩食 2 その他（ a 刻み b お粥 c その他（ ） ）				
口腔機能	歯の状態	1よい 2 悪い(理由:a歯が痛い b歯茎が痛い c口臭が気になる dその他:)				
	(義歯・自分の歯)	(a 自分の歯()本、 b 部分入れ歯 c 総入れ歯 dその他:)				
	噛む・飲み込む	1問題ない 2 気になる (a 噛むことが大変 b むせる c その他:)				
！！注意 アセスメント項目の 印へ該当される方は、「食」の自立が図られているものと見なします。 いずれか1項目該当の際は、軽米町包括ケア会議後、決定及び利用開始となります。						
配食の必要性		1 高齢・心身の障害・傷病等で日常の調理が困難 2 栄養面等で適切な食事管理ができず、栄養状態が悪い 3 その他（ ） 必須事項 ※調理等の困難な状況を具体的に記入して下さい。				
特記事項 ※配食で注意すべき点						
申請書類の必須事項		※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。 添付資料 ※週間サービス計画表を提出してください。 各種サービス利用の状況により、利用回数を決定いたします。				
利用者の希望	タ	1週間あたり 弁当 おかず（食） 月 火 水 木 金 土 受付印				
※町記入欄						
配食調整後	タ	1週間あたり 弁当 おかず（食） 月 火 水 木 金 土 受付印				
総合判断	1 承認 2 継続承認 3 調整後承認 4 他のサービスへ 5 不承認／辞退					