

一次アセスメント票

作成日 年 月 日

基本事項	相談・確認年月日	年 月 日 新規・更新（ 回目） 事業所名（ ）アセス担当者（ ）
	対象者	氏名（ ）男・女（ 年 月 日生 歳） 住所（ ）電話（ ）
	聞き取り立会者	1 本人のみ 2 家族同席 氏名（ ）続柄（ ） 住所（ ） 電話（ ）
	申請内容・理由	<u>調理困難な理由</u> 及び <u>栄養管理が必要な理由</u> （必須）

介護のサービス利用プラン

※該当項目に○を記入、その他の場合は手段を記入

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()
午後	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()	通所・訪問介護 その他 ()

今後の食事プラン

※市の宅配給食の利用希望日に○を記入

	月	火	水	木	金	土	日
朝食							
昼食							
夜食							

利用者情報 家族	家系図（居住地も記入） ◎=本人、□=男性、○=女性、 ●■=死亡、★=キーパーソン	家族等の状況（関係性・連絡頻度・支援内容等。家族支援がない場合は、その理由を記入） ・支援内容：□通い □食事 □買物 □掃除 □その他（ ） ・支援者（ ） ・支援頻度（ ） ・その他特記事項：
	介護認定情報	1 なし 2 事業対象者 3 あり（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）
	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M
	障害認定情報	□身障（ ）級 □精神（ ）級 □療育（ ）
	障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
	経済状況	□年金収入（国民・厚生・障害・遺族） □就労収入 □その他 □生活保護
	金銭管理	1 問題なし 2 問題あり（誰が管理： ）
健康状況	現在の疾患	1 なし 2 あり（主な疾患名： 、時期： 頃から）
	通院・往診等	1 未受診 2 通院 回／月・週 3 往診 回／月・週 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）
	BMI	（体重 kg） ÷（身長 m） ² =（ ） 参考：18.5 痩せ気味 18.5 以上 25.0 未満 ふつう 25.0 以上 肥満
	肢体機能	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ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた（増減程度： ）	
食の状況	摂食	1 支障なし 2 支障あり（ ）
	買物	1 支障なし 2 支障あり（ ）
	火気管理	1 支障なし 2 支障あり（ ）
	調理・食事設備	1 十分 2 不十分（ ）
	前回アセスからの変更点において特段重要な項目（新規の場合は不要）	1 なし 2 あり（下記に変更箇所記入）
	その他 特記事項・留意事項等	

※配食申請は、開始日・変更日の（1週間＋3開庁日前）までに申請をお願いします。

※市の宅配給食サービスは、介護サービス等その他のサービスにより、1日1回の栄養管理が担保されない日に利用できます。