**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 | **調理困難な理由**　及び　**栄養管理が必要な理由**（**必須**） |

介護のサービス利用プラン　　　　　　　　　　※該当項目に〇を記入、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〇を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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　　　　㎏） ÷（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。**