

訪問給食サービス事業 利用者アセスメント票

記入日： 年 月 日

事業所名： (☎) —) 記入者氏名

利用 対 象 者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	介護認定の状況	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()				
	障がい者手帳等	☐ 無 ☐ 有 (身・精・療 級) ☐ 難病 ()				
	世帯構成	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ その他 ()				
身 体 状 況	視	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲				
	聴	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴				
	言	☐ 普通 ☐ 少し不自由 ☐ 不自由				
	上肢	☐ 困難なし ☐ 困難あり (麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他)				
	下肢	☐ 困難なし ☐ 困難あり (麻痺・拘縮・痺れ・痛み・その他)				
健 康 状 態	状態	☐ 良好 ☐ その他 ()				
	医療	・主病名 () ・受診診療機関名 () ☐ 通院 ☐ 往診				
医師や管理栄養士等からの食事に関する指示・指導			☐ 無 ☐ 有⇒指示書等添付してください			
配食サービスを利用する理由	1 心身の疾病、障がい等のため調理ができない () 2 心身の疾病、障がい等のため買物ができない () 3 治療食など適切な食事管理ができない () 4 体重低下が著しい等、低栄養のリスクが大きい () 5 その他 ()					
特記事項	(本人や家族の状況、カロリー制限、除去食材等特筆すべき事項を記入してください)					

利用調整の状況 (該当箇所に○) ※ケアプラン等の添付でも可	サービスの種類	月	火	水	木	金	土	日
	配食サービス (昼食)							
	配食サービス (夕食)							
	訪問介護 (訪問型サービス)							
	通所介護 (通所型サービス)							