

訪問給食サービス事業 利用者アセスメント票

記入日： 令和 7 年 4 月 1 日

事業所名： わかまつ居宅サービス（☎ 24 - 6810 ） 記入者氏名 福島 一郎

利用 対象者	フリガナ ワカマツ タロウ		生年月日	S10 年 1 月 1 日		
	氏名	若松 太郎				
	介護認定の状況	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援（ ） ☒ 要介護（2）				
	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（ 高血圧 ） ・受診診療機関名（ ふくしま医院 ） ☒ 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（ 両手の痺れ ） 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（ 塩分調整が困難 ） 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） 塩分コントロールが必要 支払は長女が対応					

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）		○					