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：　　（☎　　ー　　）記入者氏名

利用対象者	フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	年　　月　　日
	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			
配食ｻｰﾋﾞｽを利用する理由		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○） ※ｹｱﾌﾟ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）							