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3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 一朗

利用対象者	フリガナ ワカマツ タロウ 氏名 若松 太郎	(男)・女	生年月日	S 10 年 1 月 1 日
	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（ 両手のしびれ. ） 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）		○					